

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

**“Del empoderamiento a la fragmentación del autoconcepto.
Significados construidos por parteras tradicionales de Veracruz sobre su
ser y quehacer”**

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTOR EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

P r e s e n t a

CARLOS ALBERTO ARANDA TÉLLEZ

Director: Dr. Hugo Yam Chalé

Lector: Dr. Rubén Esteban Lechuga Paredes

Lector: Dr. Hans Oudhof Van Barneveld

Jurado interno: Dra. Celia Mancillas Bazán

Jurado externo: Dra. Gloria Elizabeth García Hernández

Ciudad de México, 2021

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. SITUACIÓN DE PARTERÍA TRADICIONAL EN MÉXICO	11
1.1 La práctica en México	12
Violencia Obstétrica	12
Condiciones hospitalarias.....	14
Normalización de la violencia.....	15
Cesáreas innecesarias.....	16
Actitudes y complicaciones del parto por los maltratos	17
Relación con la institución.....	17
1.2 Marco legal de la medicina tradicional y la partería	20
Política gubernamental y medicina tradicional.....	21
Política de interculturalidad en Salud	26
Programa de partería voluntaria (IMSS-BIENESTAR)	27
Programa de partería tradicional del Estado de Veracruz (SSVer)	31
1.3 Frente al 2030	33
2. PERSPECTIVA TEÓRICA	35
2.1 La realidad socialmente compartida	36
2.2 La relación con el poder	40
2.3 Referencia de género	42
2.4 De la psicología social crítica	44
3. MÉTODO	47
3.1 Planteamiento del problema: Una práctica en extinción	48
3.2 Pregunta de investigación	53
3.3 Objetivos de Investigación	53
3.4 Diseño etnográfico	54
3.5 Muestra	58

3.6 Técnicas de recopilación de datos	60
3.7 Ejes temáticos.....	64
3.8 Análisis de datos.....	65
3.9 Estrategias de calidad en la investigación	68
3.10 Devolución de resultados.....	70
3.11 Principios éticos.....	71
3.12 Cuadro Resumen	73
4. RESULTADOS	74
4.1 Contexto de la partería tradicional.....	76
Condiciones geográficas.....	76
Indicadores sociales	78
Cuadro Resumen	86
4.2 Ejercicio de la partería tradicional	87
Espacios de atención del parto	87
La forma de atención.....	97
Vínculos e interacciones.....	106
Conclusiones.....	114
Cuadro resumen	116
4.3 Significado del Ser y Quehacer de la Partera Tradicional.....	117
Ser partera tradicional.....	117
Hacer Tradicional.....	122
Vinculación con la institucionalidad.....	131
Conclusiones.....	138
Cuadro resumen	140
4.4 Autosignificación fragmentada.....	141
Despojo institucional.....	145
Fragmentación del autoconcepto	157
Conclusiones.....	171
Cuadro resumen	172
8. DISCUSIÓN	173
Valoración y priorización del saber tradicional heredado	175
Vinculación institucional	178
Desvinculación.....	180
Despojo y subordinación.....	181
Quiebre en la construcción de significados.	182
Biopolítica	183
Resistencia al poder	184
Etnocidio.....	187
9. CONCLUSIONES	191

10. PROYECTO: CALLI OM, CASA DE PARTERÍA TRADICIONAL.....	199
Presentación.....	200
Colaboración y financiamiento	201
La Casa de Partería Tradicional	203
Objetivos.....	204
Organización espacial de las instalaciones.....	206
 ARTÍCULO ANEXO: PARTERÍA TRADICIONAL, VIOLENCIA Y EMERGENCIA OBSTÉTRICA	209
 REFERENCIAS	224
 ANEXOS	234
Anexo A: Guía de entrevista no estructurada	235
Anexo B: Guía de observación participante	236
Anexo C: Guía para realizar notas de Campo.....	238
Anexo D: Guía de Entrevista para grupos focales	239
Anexo E: Formato de Devolución de Resultados	241
Anexo F: Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.....	242
Anexo G: Planta arquitectónica del proyecto: Calli OM, Casa de partería tradicional	247

Agradecimientos

- A mis hijas Malinalli y Fernanda que con su llegada a este plano llenaron de inspiración y le dieron sentido al concepto de nacer en libertad.
- A mi madre que me hizo entender el concepto de maternidad y las dificultades que pueden estar presentes en este camino de autorrealización femenina.
- A los médicos, médicas y parteras tradicionales que me compartieron su experiencia de vida, me ayudaron a comprender la cosmovisión en donde se encuentra su sabiduría, por su confianza y afecto brindado para la realización de este trabajo.
- A Tlazolteotl por el arte de nacer, a la madre tierra Tonantzin, a Ollinkan como la energía que todo hace fluir y conduce al epicentro, a Malinalli como la energía contenida en las plantas de poder, enredadera que une, ata y conecta los puntos para dar fuerza en conjunto, y a Ometeotl como la energía dual que complementa y multiplica.
- Al Dr. Hugo Yam Chalé, Dr. Rubén Esteban Lechuga Paredes, Dr. Hans Oudhof Van Barneveld, Dra. Celia Mancillas Bazán y a la Dra. Gloria Elizabeth García Hernández, por su apoyo constante, su experiencia, orientación y la dirección de este trabajo de investigación, el cual nutrieron, pero sobretodo ayudaron escalar los resultados.
- A Arely Ramírez García, y demás personas e instituciones que han creído en el proyecto, pero sobre todo han coincidido en que nacer en libertad puede ser un acto de rebeldía, de derecho espiritual y de un profundo amor hacia la vida.
- Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por la beca otorgada para la realización de mis estudios de doctorado, por medio del apoyo número 483179, CVU-862469

Resumen

Se ha declarado que la partería tradicional puede ser una estrategia efectiva para la disminución de la violencia obstétrica, muerte materna o neonatal. Sin embargo, es una práctica con una fuerte tendencia a la disminución. Objetivo: Comprender los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional, desde la perspectiva de parteras tradicionales en comunidades rurales del estado Veracruz, así como sus efectos en esta práctica sociocultural. Método: El tema se abordó desde el construccionismo social, siendo un diseño etnográfico, por lo que se empleó como métodos de recolección de datos: 1) investigación de archivos 2) notas de campo, 3) Grupos focales, 4) entrevistas no estructuradas y 5) observación participante. Muestra: Se trabajó con 52 parteras tradicionales pertenecientes a 22 comunidades rurales de 6 municipios del estado de Veracruz. Resultados: La imposición de saberes biomédicos sobre los tradicionales, ha impactado en la autosignificación de las parteras tradicionales, principalmente en relación a su labor e importancia en sus comunidades, en lo sociocultural y el respeto a su práctica tradicional. Estableciendo relaciones ríspidas con las instituciones de salud, relacionadas con condiciones de amenaza con las emergencias obstétricas, muertes maternas y neonatales.

Introducción

Diferentes organismos han considerado que la práctica de la partería tradicional puede ser una alternativa para la disminución de la violencia obstétrica y muerte materna o neonatal; sin embargo, se observa que su práctica ha ido disminuyendo, a pesar de ser una práctica recomendada por organismos internacionales e incluso existe una legislación que le da sustento. La Organización Mundial de la Salud (1984) recomendó la práctica de la partería tradicional como una alternativa efectiva para la disminución de la violencia obstétrica, además de ser la mejor vía para un parto humanizado; además en nuestro país la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2017) en su artículo 2 establece, que se debe asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud aprovechando debidamente la medicina tradicional de la región, y la LEY General de Salud (2019) en su artículo 6to declara la necesidad de promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y su práctica en condiciones adecuadas, dando sustento a esta práctica. Sin embargo, se ha observado que ha disminuido, por ejemplo, en el año 2010 se tenían 12,185 nacimientos por parto tradicional, y en el año 2014 esto disminuyó a 8,916 (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015). Ahora bien, una premisa que consideramos importantes tener en cuenta, es que los significados que construimos de nuestra realidad determinan las actitudes que tenemos hacia ella, favoreciendo a ciertas conductas y desalentado otras.

Considerando lo anterior, en este estudio nos planteamos como objetivo identificar los significados contruidos en torno a la partera y la partería tradicional en comunidades rurales de la zona centro-sur del estado de Veracruz, con la finalidad de proponer estrategias que favorezcan a la generación de mecanismos y procedimientos de salud social acordes a su realidad, el fomento a la práctica de la medicina y partería tradicional y esto tenga un impacto en la disminución de la violencia obstétrica y muerte materna o neonatal de la región.

En el primer capítulo *Estado del arte: Situación de la partería tradicional en México*; se plantea en su primera parte por medio de la revisión documental, las condiciones de la partería tradicional en referencia con la violencia obstétrica en un terreno institucional, la normalización de la violencia, las cesáreas no necesarias, y como estas condiciones pueden conducir a las complicaciones en el parto en condiciones de una mala relación de la institución de salud y parteras tradicionales. En la segunda parte se plantea el marco legal que sustenta la práctica de la partería tradicional, así como las políticas públicas que avalan e integran a la partería tradicional como estrategia de salud obstétrica comunitaria. Y en la tercera parte se plantean las proyecciones y compromisos planteados por México ante United Nations Fund for Population Activities (2014a) hacia el año 20130.

En el segundo capítulo *Marco teórico: La realidad socialmente compartida*, se plantea la postura teórica del construccionismo social como perspectiva de esta investigación; que junto con el tercer capítulo *Diseño metodológico*, se hace el planteamiento del problema, los objetivos y la metodología sobre los que se abordó esta investigación, que básicamente gira en torno a una tradición metodológica de tipo etnográfica.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados obtenidos de la presente investigación. 4.1 *Contexto de la partería tradicional*, se realiza una descripción del escenario de estudio por medio de los indicadores planteados por Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017), acerca de las condiciones geográfica y de acceso a los centros de salud, así como los indicadores sociales referentes a la población, situación de pobreza y rezago social, así como lo referente a las muertes maternas y neonatales en la región.

En 4.2 *Ejercicio de la partería tradicional*, se presentan los hallazgos obtenido principalmente por entrevistas no estructuradas y observación participante, se describen los dos principales espacios de atención, la forma en la que las parteras tradicionales narran la forma en la que se realiza un parto

tradicional, así como los vínculos establecidos de la partera tradicional con la mujer gestante, su familia y comunidad, así como la relación con las instituciones de salud.

En 4.3 *Significado de ser partera tradicional*, se presentan los hallazgos obtenidos referentes a la autosignificación como partera y el ejercicio de su labor tradicional, los cuales se encuentran inmersos en un contexto de significados subjetivos, que demuestran que la partería tradicional no es solo una práctica social, sino que se relacionan con una forma de vida, de creencias y sentidos en torno al nacimiento natural. En este sentido, se presenta la vinculación que une a la partera tradicional con las instituciones de salud, así como el impacto en sus significados construidos en relación al ser partera tradicional.

En el apartado 4.4 *Autosignificación fragmentada*, se presentan los hallazgos encontrados en relación al impacto de la interrelación de la institución de salud con la autosignificación de la partera tradicional, la pérdida de su territorio, y como esto ha impactado en la ruptura de sus lazos de confianza, de colaboración con las mujeres y su comunidad, y de esta forma su concepto sobre el personal médico. En este sentido, se presentan dos comportamientos respecto a esta autoresignificación, las parteras tradicionales que decidieron ajustarse a las normas establecidas por políticas del sector salud, aunque ello signifique a la renuncia de sus prácticas tradicionales; y parteras tradicionales que por medio de una “desobediencia” deciden ser leal a sus prácticas socioculturales y significados originales, generando un comportamiento de “falsa obediencia” ante la institución de salud, pero una práctica tradicional a la sombra de ésta.

En el capítulo quinto se discute desde la literatura la fundamentación sobre el parto natural, que de manera orgánica coincide con los significados construidos de la partera tradicional; así como las posibles razones de vinculación y posibles motivos de desvinculación con respecto a sus significados construidos.

En este mismo sentido, en las conclusiones contenidas en el capítulo sexto se presenta como la disminución de la práctica de la partería tradicional se puede relacionar, desde el punto de vista de las parteras tradicionales con una pérdida de empoderamiento de su quehacer, así como la imposición de procedimientos médicos que desempoderan a las mujeres de sus propio parto; la capacitación institucional no se encuentra diseñada para el mejoramiento de esta práctica tradicional, sino por el contrario centrado en desalentarla; la falta de un trabajo de intercolaboración entre las instituciones de salud y la partera tradicional establece un terreno de interacción y disputa, que se manifiesta por medio una relación ríspida de amenazas, que desembocan en comprometer la vida de las mujeres y sus hijos; y finalmente como una salida a esta condición se refiere al respeto a los saberes tradicionales, en donde su lugar original es en las comunidades rurales y sus significados construidos referentes al parto natural.

En el capítulo séptimo se presenta el *proyecto: Calli OM, Casa de partería tradicional*, el cual parte de los hallazgos de esta investigación y las recomendaciones con evidencia científica propuestas por World Health Organization, (2018), que puedan ser compatibles y complementarias con la práctica de la partería tradicional, respetando sus significados construidos en torno al parto natural.

Finalmente se integra un artículo subproducto de esta investigación nombrado *Partería tradicional, violencia y emergencia obstétrica*, en el que se plantea como desde la perspectiva de las parteras tradicionales, la violencia obstétrica impacta en las mujeres gestantes generándoles un rechazo a los servicios hospitalarios, provocando con ello el riesgo a emergencias obstétricas que pongan en riesgo la salud de la mujer y su hijo.

1. Situación de partería tradicional en México

1.1 La práctica en México

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en México 2014 el 94.6% de partos ocurridos de enero de 2009 a septiembre de 2014 fueron atendidos por un médico y el 2.7% por una partera o comadrona (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). En el estado de Veracruz en el año 2018 se registraron 124,673 nacimientos, de los cuales el 3.5% fue atendido por una partera o comadrona, el 0.42% de los partos no fueron asistidos por nadie y fueron atendidos por la misma madre (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018). Esto adquiere especial relevancia a partir de que la práctica de la partería tradicional ha sido considerada como una alternativa efectiva para la disminución de la violencia obstétrica, las muertes maternas y neonatales, y se ha considerado la mejor vía para un parto humanizado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014); por lo que una participación del 3.5% en el ámbito de la salud materna de parte de las parteras tradicionales podría no ser suficiente, por lo que se hará un breve recorrido por la situación de la partería tradicional en México, a fin de explorar otros factores que pudieran relacionarse con esta baja participación.

Violencia Obstétrica

El principal obstáculo que enfrenta la investigación sobre la violencia obstétrica es la conceptualización que se hace de la misma, desde el campo médico se ve como un problema de “calidad de la atención” (Castro & Erviti, 2014), manifestándose en actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos (Olza et al., 2018), y no vistos como actos plenos de violación a los derechos humanos (United Nations, 2019).

El maltrato y la violencia contra la mujer atenta contra el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, además de poner en riesgo su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación (United Nations, 2019). En este sentido, el estado de Puebla ocupa el cuarto lugar nacional de quejas de violencia obstétrica y el quinto en muerte materna, debido a la negligencia y deficiencias en el servicio que proporcionan los hospitales adscritos a los Servicios Estatales de Salud y a las instituciones de seguridad social (Gómez & Carrasco, 2017).

En el estado de Guerrero el trato recibido por parte de los prestadores de servicios de salud es frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato y de violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos (Saldaña et al., 2017). De igual forma, en Jalisco se encontraron deficiencias en el servicio del personal de salud, una falta de contacto visual durante las interacciones, la no resolución de dudas, los regañones (ya sea por el sobrepeso de la mujer, por no haber llevado algún papel o por llegar con un poco de retraso a la cita prenatal) y negar la entrada de familiares o personas de confianza al parto; del mismo modo, las usuarias reportan haber recibido amenazas de parte del personal de salud “si no vienes a tus citas, no se te dará la incapacidad” o intimidaciones (responsabilizarlas de cualquier riesgo, por tener embarazos después de los 35 años o por no utilizar los métodos anticonceptivos) (Gil, 2017).

En el estado de Yucatán las usuarias han expresado miedo a que “las corten” (cesárea), algunas veces por un exceso de valoraciones ginecológicas (tactos vaginales) durante el monitoreo para el parto. Así mismo expresaron, su temor a ser regañadas y maltratadas por el personal de salud, el cual sanciona a las mujeres cuando sus bebés nacen en un contexto distinto al hospitalario (con parteras tradicionales) retrasando la entrega del certificado de nacimiento, obligando a la madre recién parida y con su bebé a asistir repetidas veces a la clínica a tramitar este documento (Uicab & Juárez, 2017).

En Chiapas también se registro que algunos prestadores de servicios de salud juzgan o culpabilizan a las usuarias en diversas circunstancias y estas situaciones se profundizan en los casos de mujeres en condiciones de desventaja como las asociadas a la etnia, a la clase social y a la edad (Villanueva, 2017).

A las mujeres de la sierra Huichola del estado de Jalisco les cuesta trabajo asistir a la cita si quien las atenderá es un hombre, mencionan el sentimiento de vergüenza al tener que desnudarse frente al médico. En cambio, describen que durante el control prenatal el curandero tradicional o mara'akame las revisa encima de la ropa y lo hace con mucho respeto. El discurso de las entrevistadas que atendieron su parto con parteras profesionales refieren que la información y médica siempre invoca al miedo como medio para convencerlas de dejarse realizar una cesárea o episiotomía innecesaria (Gil, 2017). Y en este mismo sentido en el estado de Sonora, se documentaron altos grados de diferenciación entre los grupos de mujeres según su capacidad económica (Aranda et al., 2017).

Condiciones hospitalarias

En el estado de Puebla de manera general las participantes atendidas en el servicio público refirieron saturación de los hospitales debido a la demanda excesiva, personal insuficiente y condiciones precarias; trato deshumanizado y degradante de parte del personal médico a las usuarias, con deficiencias en su preparación y que utilizan el cuerpo de la mujer embarazada como objeto de práctica (Gómez & Carrasco, 2017); de igual forma en Sonora las mujeres que fueron atendidas en el sector público refieren que los estudiantes que colaboran en los centros públicos de salud son inexpertos en el seguimiento de la dilatación de las mujeres embarazadas y estas sienten que se les realiza tactos vaginales innecesarios; y que encuentran sumamente dolorosa la exploración uterina que se realiza en el posparto (Aranda et al., 2017). A esto, un médico entrevistado explicó que en los establecimientos públicos de salud existe

“carencia de todo” y que los estudiantes internos de medicina llegan a los hospitales con deficiencias en su preparación profesional (Gómez & Carrasco, 2017).

Yucatán se encuentra entre los tres primeros estados de la república mexicana cuyos servicios de salud se encuentran dirigidos a la población rural, normalmente esos servicios los otorgan pasantes de medicina y enfermería. Reciben como recursos humanos a estudiantes de servicio social para tratar a la población vulnerable. Esto trae como consecuencia que el desconocimiento cultural y de la lengua maya agrave la relación de discriminación que se establece con la mujer embarazada, afectando así la calidad de la atención proporcionada, e influye para que una mujer embarazada de bajos recursos desista de tener el parto en los servicios de salud, aunque tenga derecho a hacerlo (Uicab & Juárez, 2017).

Normalización de la violencia

En el estado de Oaxaca las usuarias de los servicios médicos del sector público, han internalizado el maltrato que reciben en los servicios hospitalarios, ninguna tomó acciones o se quejó cuando fue víctima de este tipo de situaciones, producto de la normalización de la violencia obstétrica de la que son objeto (Comisión de Derechos Humanos, 2017b). Por ejemplo, en Puebla una afirmación constante de las participantes es que si se quejaban durante la labor del parto, el personal que las atendía se enojaba y las regañaba; es decir, les hablaban de modo irrespetuoso y en consecuencia aprendieron a callar; y las mujeres que no refirieron incidentes de agresiones durante su parto, lo señalaron que “fue cosa de suerte”, aunque a cinco de estas mujeres les efectuaron episiotomía y a tres les practicaron cesárea (Gómez & Carrasco, 2017). Se ha estudiado que en ocasiones las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica a menudo son silenciadas o tienen miedo a hablar por temor a los tabúes, el estigma o la creencia de que la violencia que han sufrido corresponde solo a un acto aislado (United Nations, 2019).

Cesáreas innecesarias

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2018), en el estado de Veracruz el 47.15% de los nacimientos son por cesárea, ya sea programada o de emergencia; lo que contradice a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud & Human Reproduction Programme, (2015) que debería ser entre 10% y el 15%; y se ha demostrado que puede haber un mayor riesgo de mortalidad materna con una cesárea en comparación con el parto vaginal (Fahmy et al., 2018).

En Colima llama la atención el incremento en el número de cesáreas y preocupa que muchos médicos ya no saben o no se creen capaces de atender partos, incluso en hospitales para la población abierta no se lleva a cabo el parto normal porque los residentes están aprendiendo a realizar cesáreas, aunque estas no estén debidamente justificadas, convirtiéndose así en casos de negligencia médica, teniendo como consecuencia altos niveles de mortalidad perinatal (Carrillo, 2017); de igual manera, en Mérida la cesárea representa uno de los temores más difundidos entre las mujeres de esas poblaciones, las cuales expresaron que algunos médicos de los servicios públicos las juzgaron y ponen en duda su capacidad para tomar decisiones relacionadas con su salud reproductiva (Pereira, 2017).

En el estado de Guerrero una tercera parte de los nacimientos son atendidos por parteras, principalmente tradicionales; sin embargo, dos tercios de los nacimientos ocurren principalmente en zonas urbanas y en un ámbito hospitalario, por lo que existe una proporción alta de partos atendidos por cesárea, de práctica de episiotomías y otros procedimientos innecesarios (Saldaña et al., 2017).

Actitudes y complicaciones del parto por los maltratos

En un estudio realizado a 253 mujeres mexicanas embarazadas de 13-46 años en una clínica pública prenatal en Monterrey, se encontró que las actitudes negativas hacia el embarazo, el estado de la pareja, el nivel de educación y las barreras percibidas de atención médica entre mujeres mexicanas es determinante para el inicio de la atención prenatal a su tiempo (Quelopana et al., 2009). La salud mental materna subóptima puede tener un impacto adverso en el desarrollo y la fisiología en el crecimiento del niño. En un estudio realizado a 201 madres latinas de bajos ingresos, se examinó el impacto del embarazo no planificado y el estado de la relación de embarazo en la depresión materna prenatal; en éste se reveló que las mujeres solteras, en comparación con las mujeres asociadas, tenían niveles más altos de depresión, y los niveles más altos de depresión, a su vez, predijeron una peor salud del recién nacido (Cabeza de Baca et al., 2018).

De igual forma en León Guanajuato se llevó a cabo una investigación que incluyó a 1623 mujeres, se encontró que las complicaciones maternas son más altas en las mujeres que experimentan violencia durante el embarazo (Romero-Gutiérrez et al., 2011), y hay que considerar que en el estado de Guerrero más de la mitad de las mujeres del medio rural ha reportado alguna complicación durante el embarazo (Saldaña et al., 2017).

Relación con la institución

Villanueva (2017), encontró en Chiapas que la partería tradicional se relega a una posición de marginalidad dentro del marco normativo de salud, promoviéndose con ello la institucionalización de los partos, paradójicamente estos mecanismos no garantizan una atención pertinente y respetuosa; resultando necesario resolver las largas esperas a causa de las saturadas agendas de los prestadores de

servicios en los centros de salud, el número reducido de personal médico ante los cuantiosos casos de partos, la falta de abastecimiento de medicamentos y la confiabilidad en su calidad, la actualización de los equipos y del personal capacitado para su manejo, la disponibilidad de los servicios para emergencias, las instalaciones inadecuadas para la atención, la insuficiencia de especialistas del área de ginecología.

Es un estado en el cual las parteras son importantes proveedoras de salud para muchas mujeres, se encuentran con obstáculos para adquirir el registro del neonato, evidenciando la necesidad de la convergencia de políticas públicas de salud materna e infantil y del reglamento del Registro Civil sobre la obtención de actas de nacimiento en Chiapas (El-Kotni & Ramírez, 2017).

En este sentido, la Comisión de Derechos Humanos, (2016) llamó a las autoridades de salud a respetar e impulsar el ejercicio de las parteras tradicionales, como un derecho cultural de los pueblos y comunidades indígenas, además de pedir que se elimine toda barrera que limite u obstaculice el acompañamiento e intervención en la atención médica que se proporcione a mujeres, niñas y adolescentes en las etapas reproductivas.

En el estado de Campeche el trabajo de las parteras en las comunidades rurales es considerado patrimonio cultural de la región, revestido de valores espirituales, sociales y afectivos; en este sentido, las parteras se refirieron que el parto es “algo muy íntimo de la mujer”. Por medio del método historia oral. Calderón & Pat (2015) abordaron los significados y valores construidos de la maternidad y la atención de las parteras en comunidades rurales; se logró dimensionar la necesidad de las parteras capacitadas en las comunidades rurales del municipio del Carmen, dada la limitada cobertura de las casas de salud de estas localidades que no cubren la demanda materna infantil. Al igual que Yucatán la partería tradicional les resulta más económica y accesible porque resuelve necesidades básicas durante el embarazo, parto y postparto. La práctica de las parteras es valorada y las mujeres mantienen la conexión con ellas durante varios partos y embarazos estableciendo una relación de confianza en la cual la partera cuida de la mujer

(Uicab & Juárez, 2017); se ha comprobado que proporcionar apoyo a la mujer durante el parto, puede contribuir significativamente a reducir la incidencia de cesáreas (Campero et al., 2004).

Las parteras continúan jugando un importante papel en la salud materna en varios países del mundo, dado que tienen amplia aceptación en las comunidades, reciben capacitación en buenas prácticas y pueden detectar las alteraciones tempranas del embarazo y el parto (Alarcón-Nivia et al., 2011), por lo que es indispensable que la partera tradicional se mantenga en un proceso continuo de formación y así mantener embarazos saludables y sin riesgos (Laureano-Eugenio et al., 2017).

Por esta razón en Chiapas, en comunidades mayoritariamente hablantes de tzeltal las mujeres prefieren atenderse con la partera, ya que se consideran que la atención es más confiable que la brindada en los servicios institucionales de salud. Cuando detectan un signo de alarma hacen uso de sus conocimientos e insumos para contrarrestar el problema sin extender una vinculación con los servicios de salud; su papel se basa en brindar acompañamiento y procurar cuidados durante todo el embarazo, el parto y el posparto; además de acompañar a la mujer a los servicios de salud durante el control prenatal (Vega, 2017). En general, las mujeres prefirieron recibir atención con una partera por considerarla humanizada, respetuosa de sus procesos y apoyada en recursos terapéuticos no farmacológicos como los masajes (Carrera, 2017).

Es necesario modificar la percepción de los médicos sobre el quehacer de las parteras tradicionales, fortalecer y mejorar los procesos de interrelación con el personal de salud y que los cursos de capacitación se adecuen al contexto de las parteras; que las parteras vuelvan a recuperar el rol tradicional de apoyo a la mujer a través de un modelo de atención personalizado donde la madre se sienta considerada, estimada y apoyada para cumplir el rol de madre (Carrillo, 2017); el nacimiento de su bebé debe ocurrir en un lugar cómodo y acogedor, compartiendo en familia y recibiendo la atención de una persona capacitada y de su confianza que respete sus procesos naturales (Pereira, 2017).

1.2 Marco legal de la medicina tradicional y la partería

La intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional en los sistemas de salud en el mundo, se inició oficialmente con la declaración de Alma-Ata, realizada en 1978, en Kazajistán, en la antigua Unión Soviética, bajo la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En esta Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la OMS invitó a los Estados Miembros a buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos sobre la medicina tradicional, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1984). Hicieron especial hincapié en el adiestramiento apropiado para la atención primaria a las parteras tradicionales y al personal institucional, el cual debe de estar organizado para trabajar en equipo, adaptado al modo de vida y a las condiciones económicas del país de que se trate.

Es así que hacia el 2007 la Asamblea General aprobó la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, a la cual se encuentra suscrita México, que señala en su artículo 24 que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital (Naciones Unidas, 2007). También establece en el artículo 25 que los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras.

A este respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como líneas de acción en materia de Medicina Tradicional y de las Medicinas Complementarias, la definición de los procesos de

formación de los practicantes, la definición de los sistemas y procesos de calificación y autorización de los practicantes, la definición de los sistemas de registro e inscripción, y el establecimiento de procesos de regulación técnica de la práctica y a partir de ello México establece sus políticas de acción en materia de la Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Por otro lado, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 2, que se debe asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional de la región (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017). Aunado a esto, la LEY General de Salud, (2019) en su Artículo 6to declara que el Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social; así como promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas. Y finalmente, en su artículo 93 se establece que la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverán el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud, y de la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, adaptándose a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos (Ley General de Salud, 2019).

Política gubernamental y medicina tradicional

Con la intención de aproximar la medicina tradicional de los pueblos originarios, al sistema de salud gubernamental, la Secretaría de Salud (2013) instauró el Modelo Fortalecimiento Medicina

Tradicional que definió a los *Médicos Tradicionales o Terapeutas Tradicionales* como las personas que pertenecen a las comunidades indígenas y que poseen un don o característica distintiva para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física, emocional o espiritual; colectiva y comunitaria, respecto a la forma de interpretar el mundo (cosmovisión), del modelo indígena tradicional. Su proceso de formación para la atención a su comunidad, se realiza en muchos casos bajo la pertenencia a un linaje de parentesco transmitiendo los conocimientos sobre la vida, la naturaleza y su forma de interpretar el mundo (cosmovisión) generalmente en forma oral. Incluye en esta definición a las parteras tradicionales, los yerbateros, sobadores, hueseros, rezanderos, graniceros y “curanderos”, entendidos estos últimos como las personas con la capacidad de restablecer el equilibrio entre los seres humanos, entre ellos y la naturaleza y el mundo espiritual. Cada uno de ellos tiene su nombre específico en la lengua indígena de cada etnia y este nombre conlleva significados determinados y más amplios que el concepto genérico de “curandero”.

Esta política pública buscó en un principio, enaltecer los saberes de los pueblos indígenas y rurales desde una perspectiva social, así como una aplicabilidad en el sistema médico que permitiera mantener un sistema de salud en las regiones más marginadas y que no contaran con la presencia de alguna instancia de salud gubernamental. Reconociendo y respetando los saberes ancestrales, al tiempo de resolver de alguna forma una cobertura de salud limitada.

Algunos años posteriores la Secretaría de Salud (2017) del gobierno federal siguió definiendo a la *Medicina Tradicional* como un sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos sobre la salud y la enfermedad, que los pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia y su cosmovisión. De esta forma, *Sistema de Atención a la Salud* es entendido como un conjunto articulado de representaciones y creencias, lo cual determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida. Este *Sistema de Atención a la Salud*

posee: Una cosmovisión que da lógica y finalidad al sistema, una comprensión de la causalidad y riesgo, así como una serie de reglas preventivas de acuerdo a esta causalidad; una nosología que es el modelo de entender y clasificar las enfermedades; una serie de procedimientos terapéuticos; así como un cuerpo diferenciado de terapeutas.

Dentro de la medicina tradicional se identifica a la partera o matrona, la cual se ha definido como una profesional de la salud que ha recibido educación para manejar de manera competente las funciones y las responsabilidades de una partera, independientemente de cuál haya sido su recorrido educativo (United Nations Fund for Population Activities, 2014a). El término partera en distintas lenguas indígenas de Latinoamérica y el mundo, está relacionado con dar vida, con sabiduría, pero también con una relación parental con el recién nacido, por ello se les dice abuelitas o madrinas. También está relacionado con el cuidado de la madre y del recién nacido (Comisión de Derechos Humanos, 2017a). Las *Parteras o Parteras Tradicionales* forman parte del sistema de la medicina tradicional, son personas que pertenecen a comunidades indígenas o rurales, que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, las cuales se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (Secretaría de Salud, 2017).

Desde esta perspectiva, el gobierno federal estableció el programa de partería tradicional, el cual tuvo como objetivo ofrecer a las mujeres especialmente indígenas y rurales una alternativa en la cual pudiera atender su embarazo, parto y puerperio en condiciones de seguridad y de manera sinérgica, desde el modelo de atención institucional y la forma tradicional, respetando su intimidad, la cultura y la posición para el parto que mas le acomode a la mujer (Secretaría de Salud, 2013). De esta forma la Secretaría de Salud por medio del Seguro Popular, estableció el catálogo de servicios para la atención con Parteras Tradicionales (Secretaría de Salud, 2020), en el cual se permite observar los aportes legalizados y avalados que la partería tradicional hace a la salud obstétrica en el país:

Servicios preconceptionales:

- Consejería de planificación familiar y métodos anticonceptivos con personas específicas.
- Pláticas y promoción de planificación familiar y métodos anticonceptivos con grupos de jóvenes y mujeres.

Atención al embarazo

- Identificar si la mujer se encuentra embarazada.
- Interrogatorio, exploración física, identificación de datos de riesgo y detección de signos de alarma.
- Orientación nutricional y de signos de emergencia.
- Promoción de lactancia materna.
- Planificación familiar postparto.
- Masajes tradicionales de preparación al parto (cada 15 días).
- Manteos y acomodamientos si se requiere.
- Santiguos y limpias si se requieren.
- Referencia al centro de salud o Brigada para su revisión clínica y estudios de laboratorio.
- Uso de remedios tradicionales para fortalecer el embarazo.
- Elaborar el plan de seguridad en conjunto con el equipo de salud.
- Identifica la complicación.
- Medidas tradicionales de estabilización (remedios tradicionales) mientras se lleva a la unidad de salud.
- Acompañamiento a la unidad de salud.
- Explicación al personal de la unidad de salud del problema detectado en la embarazada y su hijo(a).
- Con apoyo del personal de salud la partera elabora hoja de referencia (queda como antecedente).

Atención del parto

- Acompañamiento continuo.
- Masajes tradicionales para el dolor.
- Uso de la posición vertical que le acomode a la mujer.
- Apego inmediato.
- Atención al recién nacido.
- Evaluación del recién nacido: Vigilancia de signos, exploración neurológica.
- Acompañamiento en el puerperio inmediato en el lugar del parto.
- Notificación a la Unidad de Salud de la atención del parto para la elaboración del certificado de nacimiento.
- Identificación de la complicación.
- Estabilización

- Acompañamiento
- Explicación al personal del hospital del problema detectado.
- Con apoyo del personal de salud elaborar hoja de referencia como Partera. (queda como antecedente)

Atención del puerperio

- Visitas y seguimiento a la madre durante toda la cuarentena (vigilancia de involución uterina, sangrados, signos de alarma).
- Consejería nutricional
- Consejería para facilitar la lactancia materna.
- Vigilancia y seguimiento del recién nacido.
- Masajes tradicionales.
- Uso de temazcal en regiones donde se utiliza.
- Consejería de planificación familiar.
- Identificar la complicación.
- Estabilización
- Acompañamiento
- Explicación al personal del hospital del problema detectado.
- Con apoyo del personal de salud elabora hoja de referencia como Partera.

En términos generales la Medicina Tradicional ofrece distintos tipos de aportes a la atención de la salud, tales como una atención humanizada e integral de la persona, que considera mente, cuerpo y espíritu, con acento en la colectividad y el equilibrio en las relaciones entre los seres humanos y entre estos y la naturaleza; además de procedimientos específicos de diagnóstico, y recursos terapéuticos con base en plantas, animales y minerales, masajes tradicionales y temazcal (Secretaría de Salud, 2013). Otros elementos con aportes importantes son el modelo tradicional de atención del parto, el modelo tradicional de atención para las enfermedades mentales y diferentes estrategias para prevenir la enfermedad y promover la salud, sustentadas en el respeto a las leyes esenciales de la vida y la naturaleza.

Política de interculturalidad en Salud

En un esfuerzo para integrar la medicina tradicional con la medicina institucional, así como promover y mejorar el trabajo entre las parteras tradicionales y el personal institucional, evitando conflictos interpersonales que deriven en faltas de respeto y esto repercuta en detrimento de la salud materna; la Secretaría de Salud estableció a partir del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 el programa de Interculturalidad en Salud (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2013), el cual se refiere a la interrelación entre la medicina oficial y la tradicional de una forma integral, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. Este programa contempló la capacitación de todo el personal médico-hospitalario de todo el sector público, con el fin de establecer una mejor relación respetuosa en comunidades indígenas y rurales, con las usuarias, sus costumbres, su cosmovisión, implicando con ello a sus médicos y parteras tradicionales.

La *Relación Intercultural* se refiere a la capacidad para establecer una escucha Intercultural (comunicación asertiva, educación y negociación Intercultural), y para convalidar, revisar, ajustar, validar y operar las acciones y programas, directamente con los beneficiarios involucrados, y en este caso con la relación con las parteras tradicionales (Secretaría de Salud, 2013); sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia (Almaguer et al., 2014).

De tal forma que, se estableció que la *negociación intercultural* es un instrumento para resolver conflictos entre individuos y grupos humanos con características culturales diferentes. Parte de aceptar que cada grupo tiene derecho a creer y percibir el mundo de manera diferente, poseyendo valores distintos. Reconoce que las situaciones en las que pueden estar presentes los conflictos de valores (Secretaría de Salud, 2013).

Al final la interculturalidad también se refiere a una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir algo nuevo que no habrían podido construir de manera independiente. Esto se hace posible por la adquisición, en una negociación y comparación conceptual y sinérgica, de elementos que antes no tenían, y que muy probablemente no habrían tenido de haberse mantenido dentro de su cultura sin abrirse al otro (Almaguer et al., 2014); y al final generar equipos de trabajo conformados por agentes de salud de la comunidad, otro personal de desarrollo, personal de categoría intermedia, enfermeras, parteras, médicos y, cuando proceda, personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1984), dentro de un marco de respeto al trabajo del otro, evitando algún discurso de poder hegemónico que genere divisiones.

Finalmente la (Comisión de Derechos Humanos, 2017b) en su recomendación 31/2017 señaló la necesidad de implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres (Comisión de Derechos Humanos, 2017b).

Programa de partería voluntaria (IMSS-BIENESTAR)

El Programa IMSS-BIENESTAR (antes PROSPERA) nace con la misión de otorgar servicios médicos a la población más vulnerable del país que no cuenta con seguridad social y vive en zonas rurales o urbanas marginadas. Actualmente proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de

atención, a través de 80 unidades hospitalarias donde se atienden las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología (Gobierno de México, 2020).

Este programa denomina a las parteras tradicionales con el nombre de parteras voluntarias rurales (PVR), que aunque no se encontró documentación que explicara las razones de esta denominación, en lo relatado en las entrevistas, el nombre de partera voluntaria surge por razones legales, con la intención de “desvincular” a las parteras tradicionales de las actividades de institución, así como evitar que ellas pudieran demandar derechos laborales. Lo cual podría ser contradictorio hasta cierto punto con la política de interculturalidad y trabajo coordinado.

Paradójicamente a lo anterior, el programa contempla en su objetivo general según sus reglas de operación 2020 el trabajo intercultural y respeto a los derechos humanos, dando así especial importancia al trabajo intercolaborativo entre los actores sociales, en este caso las parteras voluntarias y la institución de salud:

Contribuir al bienestar social e igualdad, otorgando atención a población sin seguridad social, mediante un MAIS que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene presencia. El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de Atención a la Salud y Acción Comunitaria, en un marco de respeto a los derechos humanos, con perspectiva de género y Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2020).

En este sentido, el programa define a las parteras voluntarias rurales (PVR), como personas que reúnen condiciones de liderazgo en su comunidad, conocimientos, experiencia y habilidades para la

atención del embarazo, parto y puerperio y que voluntariamente acepta formar parte de la Red Comunitaria del Programa. Reciben orientación regular en salud sexual, reproductiva, ginecológica, materno infantil y lactancia materna.

Actualmente el programa IMSS-Bienestar en su comunicado de prensa No.395/2019 reconoció que la partería tradicional es una parte importante, prioritaria y fundamental para el desarrollo de la salud en las comunidades rurales del país; y en este mismo sentido refiere que la participación de las parteras rurales ha contribuido de manera determinante en los resultados obtenidos en la tendencia descendente de la muerte materna (IMSS-BIENESTAR, 2020). Por lo que la interculturalidad adquiere especial importancia en este trabajo continuo entre parteras y médicos tradicionales con la institución de salud.

El programa en su área comunitaria se encuentra conformada hasta el año 2018 por mas de 300 mil personas: 110,015 integrantes de 17,344 Comités de Salud, 15,737 personas voluntarias de salud y 207,285 agentes comunitarios de salud, 7,031 parteras y parteros, y 1,174 médicos tradicionales en interrelación, así como 2,803 avales ciudadanos. Esta área comunitaria gira en torno básicamente a tres figuras, los Voluntarios de Salud, las Parteras Voluntarias y los Agentes Comunitarios de Salud e integrantes del Comité de Salud, a lo que precisa el nombre de voluntarios para identificarlos como administrativamente ajenos a la institución (IMSS-Prospera, 2017).

De igual forma las parteras voluntarias rurales (PVR) son consideradas de acuerdo a sus reglas de operación, para recibir una ayuda económica mensual (\$500), así como equipo e instrumental básico, medicamentos y material de curación; sin embargo, estos apoyos dependen de lo que denominan disponibilidad presupuestal y de que la partera tradicional esté dispuesta a: a) Entregar información sobre la situación epidemiológica de su comunidad, b) Abastecerse de medicamentos e insumos, c) Recibir asesoría y orientación continua y d) Acompañar a personas a la unidad médica cuando sea necesario

(Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2020). Que a decir de las parteras tradicionales la ayuda económica como el material que reciben, es de carácter discrecional y a criterio del personal institucional.

El Programa tiene presencia en 19 entidades en las que brinda cobertura a 12.3 millones de personas (Gobierno de México, 2020). Durante el periodo 2018-2019 el programa ofreció cobertura a 13.1 millones de personas sin seguridad social, en 28 entidades, 1,521 municipios y 22,067 localidades. Una característica distintiva de este programa es lo que denomina como Organización Comunitaria conformada por 362,363 personas quienes, de manera voluntaria y sin costo para el programa contribuyen a los objetivos del mismo, entre estos los 859 Médicos tradicionales y 6,973 parteras voluntarias, las cuales en este periodo realizaron 46,227 identificación de embarazos, que aún realizando 45,534 derivación de personas para parto a alguna institución de salud, atendieron 5,083 (4.7%) partos por ellas mismas, mas 575 en conjunto con el equipo de salud, de los 107,131 partos registrados por el programa en este mismo periodo (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2019a).

Las aportaciones registradas de las parteras voluntarias solo inscritas el programa IMSS-BIENESTAR según el informe 2018-2019 fue de 16,281 canalizaciones de recién nacidos a unidad médica para el tamiz neonatal, 217,254 consejerías de planificación familiar, 32,585 aceptantes de métodos anticonceptivos orales y 3,945 canalizaciones a mujeres a alguna unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2019a); únicamente considerando las acciones de las personas registradas como Parteras Voluntarias, sin considerar la aportación de los Voluntarios Rurales de Salud y Médicos Tradicionales.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que existe una gran población de parteras tradicionales que no se encuentran registradas en el programa IMSS-PROSPERA, sino que, en centros de salud estatales o municipales, y otras que no se encuentran adscritas a ninguna institución de salud, o que en las comunidades más apartadas ni siquiera cuentan con algún centro de salud próximo. Además hay que

considerar de que una gran cantidad de ellas no cuentan con el hábito de tomar registro de sus actividades, además de realizar otro tipo de servicios no registrados pero previstos el catálogo de servicios para la atención con parteras tradicionales de Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2020).

Programa de partería tradicional del Estado de Veracruz (SSVer)

El programa de partería tradicional del Estado de Veracruz tiene como objetivo, capacitar a las Parteras y Parteros Tradicionales, con el fin de contribuir en la disminución de las tasas de mortalidad materna y perinatal a partir del diseño e implementación de estrategias de capacitación, organización y articulación entre los prestadores de salud comunitarios y los servicios de salud de Veracruz (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2013).

En el Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2019-2024, se informó que cuentan con 2,345 parteras tradicionales en todo el Estado, de las cuales 1,625 se encuentran en capacitación continua (Gobierno del Estado de Veracruz, 2019). Dicho programa y con el apoyo del gobierno federal, cuentan con la facultad de certificar las competencias de las parteras tradicionales, de las cuales hay registro de que hasta el año 2013 a nivel nacional se certificaron 565 de ellas, refiriendo que el Estado de Veracruz se ubica como líder nacional en Certificación de Parteras Tradicionales. Haciendo énfasis en que de 9 a 10 partos diariamente son atendidos por Parteras Tradicionales (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2013).

El programa de partería tradicional del Estado de Veracruz es parte de la denominada Red Social en Salud Materna y Perinatal, la cual se encarga de desarrollar que garanticen la atención oportuna de la embarazada y de la persona recién nacida, con la finalidad de que puedan ejercer su derecho a cursar un

embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como para proteger el derecho a la salud de la persona recién nacida (Gobierno del Estado de Veracruz, 2019).

En el Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2013-2018 la partera tradicional ocupa un lugar mayormente protagónico en las acciones de salud, incluso marca como acciones estratégicas elevar la competencia técnica de las parteras tradicionales y optimizar la coordinación entre los servicios de salud de Veracruz y las parteras tradicionales en la entidad. Sin embargo, en el Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2019-2024 solo se limita a informar de su existencia.

Las parteras tradicionales en la zona de Córdoba, se reúnen una vez por al mes en las instalaciones de la Jurisdicción para recibir capacitación, que normalmente es acorde a un programa anual de capacitación, cuenta con invitados externos a impartir temas diversos referentes a la salud materna, salud perinatal y anticoncepción.

1.3 Frente al 2030

De acuerdo a las proyecciones de United Nations Fund for Population Activities (2014a), en México para 2030 la población crecerá el 19% a 143,7 millones. Lo que significa que el acceso universal al conjunto de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, los servicios de partería deberían de responder a 3,1 millones de embarazos por año para el 2030 y los recursos humanos y de infraestructura podrían ser insuficientes.

Desde una perspectiva global, sólo el 22% de los países en el mundo cuentan con una cantidad potencialmente suficiente de parteras debidamente capacitadas para cumplir con las necesidades de mujeres y recién nacidos. El 78% de los países enfrentan déficits graves en materia de partería que tendrán como resultado muertes innecesarias de mujeres y recién nacidos (United Nations Fund for Population Activities, 2014b).

Que de acuerdo a los datos del World Health Organization (2016) la tasa de mortalidad materna global ha disminuido en un 44% durante los últimos 25 años, de un estimado de 385 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en 1990 a 216 por cada 100 000 en 2015. Sin embargo, en este mismo año, se estima que de las 303,000 mujeres que murieron al dar a luz en países de ingresos bajos y medianos, el 99% pudieron ser evitables.

Del mismo modo, la tasa de mortalidad neonatal mundial se redujo de 36 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en 1990 a 19 en 2015, pero 2,7 millones de muertes neonatales todavía se producen cada año. La Estrategia global de las Naciones Unidas de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes pone de relieve la necesidad urgente de que se haga un mayor progreso, esto se basa en cuestiones de

género, enfoques de equidad impulsada y derechos basados cada vez con mayor énfasis en la calidad de la atención (World Health Organization, 2016).

Por ello es que preservar la práctica de la partería tradicional e invertir en su capacitación, así como hacerlas parte de los servicios de salud en la comunidad, podría generar una rentabilidad de tamaño 16 veces mayor a la inversión realizada, en términos de vidas salvadas y ahorro en cesáreas evitadas, y es una opción óptima en atención primaria de salud. Invertir en parteras libera a los médicos, enfermeras y otros cuadros de salud para que se centren en otras necesidades de salud. Esto contribuye a alcanzar la cobertura universal, generando un círculo virtuoso al reducir infecciones y eliminar las muertes maternas y neonatales evitables (United Nations Fund for Population Activities, 2014b).

“Ahora más que nunca el mundo necesita parteras. Las parteras salvan vidas, y al hacerlo, preservan y protegen familias. Ellas desempeñan un papel crucial en un parto seguro, pero también hacen mucho más por el apoyo y la atención de las mujeres y los recién nacidos en el periodo anterior al embarazo, en el embarazo, en el trabajo de parto y en el postparto. Las parteras promueven una atención centrada en la mujer y en el bienestar de la mujer y del recién nacido a lo largo del proceso continuo de servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal” (United Nations Fund for Population Activities, 2014a).

Y en este sentido, el reconocimiento de la práctica de la partería tradicional como alternativa a la salud obstétrica (Renfrew et al., 2014; González et al., 2012), reconocida como parte de un contexto histórico y sociocultural (Freyermuth Enciso, 2005) y donde los recursos de la práctica tradicional de las parteras son útiles y benéficos para los cuidados para la mujer embarazada y perinatales (Pelcastre et al., 2005), el embarazo y el nacimiento se encuentra cargado de significados, para la mujer embarazada, para su familia, y para la partera como la persona responsable ante la comunidad de “traer con bien” al nuevo integrante de la familia y de la comunidad.

2. Perspectiva teórica

2.1 La realidad socialmente compartida

El presente estudio se realizó desde el construccionismo social, enfoque que postula que las personas construimos significados de nosotros mismos, nuestras experiencias y nuestro entorno a través de la interacción con los otros y la construcción de una realidad colectiva (Gergen & Gergen, 2011); es decir, la forma en la que se percibe el mundo y se actúa en él (Watzlawick & Machain, 1998); en este sentido, el origen de la construcción de significados radica en la interacción humana, en un acto de negociación de conceptos socialmente aceptados, ya que sin acuerdos negociados sobre los medios y propósitos de la vida organizativa, el sistema resultaría desequilibrado (Gergen, 2018).

La sociología del conocimiento se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad, entendiendo como *realidad* como una cualidad propia de los fenómenos que el sujeto reconoce y son independientes de su propia realidad; y el *conocimiento* se refiere a los fenómenos reales para el sujeto que posee características específicas (Berger & Luckmann, 2011).; es decir, lo que le circunda al individuo y que concibe como real, la realidad de cada quien. La persona no suele preocuparse de lo que para él es "real" y de lo que "conoce" a no ser que algún problema le salga al paso, su "realidad" y su "conocimiento" los da por establecidos. Para Watzlawick & Machain (1998) la realidad es creada o inventada y su inventor no tiene conciencia del acto de invención, sino que cree que esa realidad es algo ajeno a él y que puede ser descubierta; por lo tanto a partir de esa invención, interpreta el mundo y acciona en él.

Desde este enfoque, la realidad se conforma con elementos como las rutinas en un mundo compartido que es intersubjetivo y la realidad que es intercomunicativa. La realidad se organiza en tiempo y espacio y en la vida cotidiana se organiza en el "aquí en mi cuerpo y aquí en mi presente", y con la capacidad de que el sujeto brinque de su realidad de día a día a otra -incluso sin no pertenece a esa realidad- (Berger & Luckmann, 2011).

La interacción social es otro elemento importante de la realidad que se vive, la que se desarrolla frente a frente entre individuos, en donde ambos se manifiestan entre sí y se realiza un intercambio social, siendo de esta manera como el individuo logra hacer una tipificación del otro por medio de la interrelación; de esta manera, el lenguaje y conocimiento en la vida cotidiana también resulta de especial importancia para describir una realidad, pues la expresión humana es capaz de objetivarse a través del lenguaje, además de poder significar, tipificar y finamente expresar su subjetividad; acumular experiencia y conocimientos a través del tiempo y la interrelación (Berger & Luckmann, 2011). Desde el construccionismo social se trasciende la contextualización social de la conducta y la simple relatividad, ya que el contexto se considera como un dominio de múltiples relaciones creadas en el lenguaje, donde tanto las conductas como los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales (Anderson, 2012); las interrelaciones, el contexto y el conocimiento compuestos en una dinámica dialéctica de construcción de realidad.

El construccionismo social se ha desarrollado prioritariamente en el terreno de la psicología social (Munné, 1999), sitúa las fuentes de la acción humana en las relaciones, y la comprensión del funcionamiento individual queda remitida al intercambio comunitario (Agudelo-Bedoya & Estrada-Arango, 2012), por lo que adquiere relevancia el conocimiento local, circunscrito a un contexto, un autor, unos personajes y un momento histórico, y rehúye las metateorías y afirmaciones universales sobre cómo ocurren las cosas (Jubés et al., 2001), donde la realidad parte de un construcción social de la que todos son parte de la construcción y deconstrucción constante y dialéctica del proceso social.

La importancia de los significados radica en que el ser humano no actúa explícitamente en relación a las situaciones objetivas y subjetivas; sino que, es a partir de la interpretación subjetiva que la persona hace de la situación lo que determina su conducta en una situación de terminada (Botella i Mas & Ibáñez

Gracia, 2011). En este sentido, se pretende abordar el problema de investigación no desde las situación objetivas, sino desde significación que las parteras tradicionales tienen de los hechos y circunstancias.

El constructivismo y construccionismo es la concepción de que el conocimiento consiste en un proceso psicológico y social constructor de la realidad y, por lo tanto, el comportamiento humano está determinado por dicho proceso (Munné, 1999). Se puede observar que estas reflexiones, desde dos perspectivas diferentes, no se contradicen una a la otra, sino que se complementan y enriquecen la visión de la situación, aportando diferentes aperturas en la conversación, introduciendo preguntas que generen reflexiones y permitan socavar el sistema de creencias individuales, de la pareja y del contexto social (Agudelo-Bedoya & Estrada-Arango, 2012).

De esta forma, el presente estudio se abordó desde el enfoque de construccionismo social, es decir la creación de significados mediante la interacción humana, por lo que no es atribuible a un único individuo ni a un grupo, y tampoco es singular ni unificado, sino que responde a una creación socialmente compartida. Entendiendo que el construccionismo social es un diálogo continuado sobre los orígenes de lo que tomamos del conocimiento como real, lo lógico, lo verdadero y lo bueno; y no hay duda de que todo tiene un sentido en la vida. De esta manera la importancia de la cuestión no reside en si nuestras palabras son verdaderas u objetivas, sino mas bien en lo que sucede en nuestras vidas cuando nos abrimos a otra forma de comprensión (Gergen & Gergen, 2011).

Para Kenneth Gergen (2018) el génesis de la construcción de significados radica en la interacción humana; desde que el ser humano nace se encuentra en constante influencia e interacción con los significado y su contexto; entendiendo contexto como los lugares, el momento y los objetos con los que interacciona; es decir, la realidad no se construye en uno mismo, sino a través de uno y por medio de las interacciones sociales; y en un acto de negociación es como se construyen los significados sociales.

Los significados evolucionan o se transforman a lo largo del tiempo por medio del lenguaje, logrando transformar y mantener una sociedad unida por medio de sus significados construidos. Por el contrario, proclamar una “Verdad” es congelar el lenguaje y reducir un abanico de posibilidades para que se generen nuevos significados. De esta forma refiere que los construccionistas prefieren optar por un diálogo permanentemente abierto, en el que siempre hay espacio para otra voz, otra visión, otra revisión y para crecer en el terreno de las relaciones humanas (Gergen & Gergen, 2011); además que, cada convención o signo cultural está sujeto a la multiplicidad de los significados dependiendo del contexto y la relación en la que se utilice (Gergen, 2018); en este sentido sería un gran error no considerar la construcción de un significado como un organismo vivo, influenciado y en constante cambio a través del contexto y las interrelaciones humanas.

En el campo de la investigación para conocer la realidad, Gergen (2018) afirma que el método que considera más idóneo para comprender las relaciones humanas es la investigación acción participativa, ya que permite al investigador trabajar simultáneamente con un grupo con el fin de alcanzar un cambio relacional ya que al estar inmerso en la cultura, identifica y comprende las acciones de las personas en el grupo y la lectura que el resto de la comunidad realiza por el contexto; sin embargo, no descarta otras formas de trabajo en investigación, pues el pensamiento construccionista no descarta, sino que por el contrario incluye.

Para los construccionistas, la mayoría de los conflictos humanos se remontan al proceso de creación de significados, integrados en sus costumbres y convenciones; de tal forma que un grupo social que pertenece a una tradición y a un contexto determinado tiende a ver a los que no forman parte como equivocados, inferiores o indeseables. Así, la armonía prevalece en aquellos casos en que existe una visión compartida de lo real y de significados en común (Gergen & Gergen, 2011). De esta manera el diálogo continúa y las construcciones continúan abiertas, los significados locales tal vez se ramifiquen y las

personas lleguen a compartir o asimilar los modos de vida de los demás. En este resultado descansa tal vez la mayor esperanza de lograr el bienestar humano (Gergen, 1996), evitar la exclusión y favorecer el sentido de unidad en la comunidad.

Finalmente, la construcción de significados se realiza por medio del lenguaje y la interacción humana, la cual se puede ver impactada por eventos inesperados que interrumpan su fluir natural, que rompan la relación entre el sujeto-objeto y obliguen a la persona a replantear su situación; estos eventos fueron denominados por Rafael Echeverría (2011) como *quiebres*. Los cuales se construyen por medio de un juicio sobre la situación inesperada, generando una transformación en los juicios de la persona que le obliga a replantear por lo tanto la construcción de sus significados.

De igual forma, ante la situación vivida por las parteras tradicionales que pudieran provocar un *quiebre* en su construcción de significados, éstos por medio de la resolución de su juicio pueden ser percibidos como positivos o negativos (Echeverría, 2011). Es decir, el replanteamiento que haga a partir del juicio elaborado en el *quiebre* ante la situación inesperada, podrá ser interpretado como una situación favorable o desfavorable ante sus significados construidos dependiendo de la experiencia de la situación. Para este caso, se consideró relevante la observancia del impacto en la construcción de significados de las parteras tradicionales ante un *quiebre*; por ejemplo, ante un cambio de paradigma en el sistema de salud, replanteamiento en su sistema de creencias o reconfiguración en su quehacer tradicional; así como la interpretación positiva o negativa que la partera tradicional realiza ante el juicio del *quiebre*.

2.2 La relación con el poder

Se integró la perspectiva teórica de Michael Foucault para comprender la relación de poder, que en este caso la institucionalidad ejerce sobre la tradicionalidad; es decir, sobre las parteras y sus saberes

tradicionales. En este sentido, refiere que el saber genera un poder sobre el sujeto que no cuenta con dicho poder, entendido como saber aquello que un grupo comparte y decide que es verdad, es decir una verdad colectiva.

De esta forma Foucault (1990) planteó que la persona (o grupo social) que sustenta el poder, también tiene la capacidad de imponer un saber como La Verdad, la única verdad o una verdad oficial; normalmente una verdad que reafirma el poder del que sustenta el poder, esto por medio de un discurso de juicios de valor dicotómico (buen-malo, feo-bonito, sabio-ignorante, etc.), que permite hacer diferenciaciones de saberes y personas que puedan favorecer o desfavorecer el poder de quien lo sustenta. En este sentido plantea, que gran parte de la verdad oficial se argumenta sobre saberes científicos, teniendo como objetivo fortalecer el discurso dicotómico que sustenta el poder. Finalmente, hace referencia a la normalización de esta verdad construida, como un método de continuidad social del ejercicio del poder.

Foucault (2019) refiere que el poder es omnipresente, se encuentra en todas las interacciones humanas y se ejerce de manera sutil por medio del lenguaje, denominándolo como *micropoderes*, el cual se ejerce en instituciones, hospitales, organizaciones políticas, etc., generando lo que refiere como *sociedad disciplinaria*, que tiene como objetivo garantizar la productividad.

Este estudio, busca dar un enfoque sobre la relación entre las instituciones de salud y las parteras tradicionales, relación que puede estar caracterizada por una verticalidad autoritaria entre los saberes oficiales y los saberes socioculturales.

A este respecto, Foucault (2019) plantea el concepto de *Biopolítica* que se define como la implementación de acciones políticas sobre las poblaciones y los cuerpos de los individuos, por medio del cual se busca el control de las personas y sociedades, de modo tal que la salud y el control de natalidad

se reducen a mecanismos que responden a condiciones económicas y producción capitalista, menoscabando por supuesto a expresiones socioculturales como la partería tradicional.

De esta forma el concepto de *Biopoder* surge bajo la premisa de que “el poder no es, sino que se ejerce” (Foucault, 2011); es decir, es un ente subjetivo que se encuentra presente y se relaciona con la acción e interacción social, más que un “algo” contenido en un “alguien” (como pensaba Marx). Y en este sentido, la *Biopolítica* no solo se ejerce por medio del adoctrinamiento social (Foucault, 1990), conciencia o ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo (Foucault, 2011), ya que el objetivo final del *Biopoder* es la gestión total de la vida (Foucault, 2019); en este sentido, el control del saber tradicional de la partería y por medio del cuerpo de las mujeres gestantes.

2.3 Referencia de género

Simone De Beauvoir (2017) plantea que históricamente la relación de la mujer se ha encontrado en un estado de asimetría con respecto a la educación y desarrollo de los hombres, asimetría que trasciende a través de las generaciones por medio de la cultura y el lenguaje. En este sentido, el Estado patriarcal representa de igual forma esta asimetría y se manifiesta por medios de sus instituciones, reproduciendo estados de opresión y control sobre la mujer.

De Beauvoir (2017) expone que la alternativa clave para revertir esta asimetría es lo que denomina como *Conciencia Feminista*, la cual se relaciona con una toma de conciencia como grupo social excluido y se vincula los intereses de emancipación en proyectos, ideológica y principalmente la *emancipación económica*.

Partiendo de la *emancipación*, De Beauvoir (2017) plantea los postulados de *Trascendencia & Inmanencia*, en los cuales la *Trascendencia* es un estado activo de la mujer que construye su propio

proyecto de vida, emancipado de decisiones impuestas por opresión patriarcal, reconociéndose como protagonista de sus propias decisiones y generando su propio camino.

Por el contrario, la *Inmanencia* es un estado pasivo y sin proyecto de vida individual; a este respecto, la autora refiere que la opresión patriarcal, la sociedad y la cultura, impiden a las mujeres acceder a la *Trascendencia*, sujetándola a un proyecto familiar y/o patriarcal.

La *Trascendencia* se relaciona con el empoderamiento de la mujer, el cual se entiende como el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social que impulsa cambios positivos en las situaciones en las que vive (Botteri, 2019); en este sentido, tanto partera tradicional como la mujer embarazada, puedan fortalecer sus capacidades, visión y protagonismo en el embarazo y parto. Es decir que, a través de un parto naturalizado (Odent & Tentori, 2005), existan mujeres-parteras empoderadas, que ayuden a mujeres a empoderarse y ser protagonistas de su propio parto (Dixon, 2020), de su cuerpo, y su placer de parir de forma libre y natural (Rodrigáñez, 2010).

En este sentido, uno de las críticas feministas al sistema de salud androcéntrico se relaciona con la expropiación de la salud (Gervás & Pérez, 2015), que se refiere a la pérdida de la capacidad de decidir sobre la salud ante una institución médica, similar a un estado de Inminencia (De Beauvoir, 2017); que aunque la expropiación de la salud no se ciñe únicamente al sexo femenino, si adquiere especial relevancia en los procedimientos obstétricos hospitalarios, en donde la mujer en un estado pasivo pierde la posibilidad de decidir sobre su postura, condiciones y método para parir (Davis-Floyd & Sargent, 1996). Es decir, se le quita a la mujer el poder sobre su propio cuerpo y transfiriéndolo al sistema biomédico institucional (Botteri, 2019).

2.4 De la psicología social crítica

La psicología social se interesa por los sentimientos, pensamientos y conductas influidas y determinadas por las personas dentro de su cotidianidad bajo ciertos contextos sociales; dejando constancia de la inseparabilidad existente entre la persona y sus circunstancias, entre lo psicológico y social (Botella i Mas & Ibáñez Gracia, 2011).

En este sentido, Ovejero Bernal & Ramos (2011) refieren que tanto la psicología y la psicología social ni son ni pueden ser ciencias positivas debido a su nivel de complejidad, dado que el ser humano y sus relaciones interpersonales, intergrupales y sociales son parte de un producto social, cultural e histórico; los cuales no solo parten de procesos objetivos y subjetivos, sino de la interpretación que la persona hace de las situaciones y circunstancias, por lo que la psicología social requiere de enfoques teóricos más complejos; es decir, somos lo que somos a partir de las relaciones que establecemos con los otros y en nuestro grupo social (Echeverría, 2011), el significado que se le dé a cualquier vivencia dependerá de su contexto (Magnabosco Marra, 2014); así como, de la interpretación subjetiva que en este caso las parteras hacen de sus situaciones, y nos permiten comprender su conducta (Botella i Mas & Ibáñez Gracia, 2011).

La psicología social crítica construccionista se contrapone a la psicología social tradicional, que se sustenta en verdades universales y es parte de un andamiaje cultural dirigido a invisibilizar las contradicciones e injusticias sociales, para ocultar los auténticos problemas sociales, tras unas técnicas aparentemente neutras y asépticas (Ovejero Bernal & Ramos, 2011).

Desde esta perspectiva, Fernández Christlieb (2011) refiere que la psicología social crítica construccionista se centra más que en el comportamiento colectivo, en el choque entre alguien y algo, entre una persona y otras, entre la mente y la materia, creando algo que ya no es ni mente ni materia,

sino que es una construcción diferente producto de esta interacción; que puede ser en este caso producto de la relación de la partera tradicional con la experiencia del parto y la maternidad, la interacción con las madres y pobladores, o del el choque de realidades con el personal de salud o la institucionalidad. Es decir, lo psicosocial no se centra en la interacción de una cosa con otra, sino lo que queda entre una cosa y la otra, se fusiona y no pertenece a ninguno de los dos, lo que se construye entre la partera y la tradición, o entre la interacción de la partera con los pobladores de su comunidad.

De esta forma, no son las personas las que constituyen a las situaciones sino las situaciones las que constituyen a las personas, no es la psíquica y la física las que hacen lo psicosocial, sino lo físico y lo psíquico, lo simbólico y lo real (Fernández Christlieb, 2011); Y en este mismo sentido, las costumbres producen cosas y estas cosas modifican a su vez las costumbres que las han producido (Botella i Mas & Ibáñez Gracia, 2011). Generando un espacio de interacciones, pero sobre todo de creaciones colectivas de interpretaciones y significados, sustentando un realidad social en la que el todo es más que la suma de sus partes.

La psicología social crítica construccionista, al contraponer con las verdades universales planteadas originalmente por la psicología social tradicional, considera al *poder* como una variable a tomar en cuenta como parte de la construcción de la realidad (Ovejero Bernal & Ramos, 2011); en el que, la construcción de significados como consecuencia de una interacción, puede verse permeada por líneas de autoridad desde la perspectiva de Foucault, en la que el poder se encuentra contenido de manera sutil en todas las interacciones humanas (Foucault, 1990).

Sin embargo, Ovejero Bernal & Ramos (2011) también plantea cuestionar al poder como parte del ejercicio de la psicología social, por medio de una actitud crítica reflexiva de investigación, planteando cuestionamientos como: “¿en qué contexto se ha realizado? ¿a qué cuestiones se dice que es aplicable?

¿a qué intereses está sirviendo? ¿cuáles son las alternativas que está ocultando?"; proporcionando a su vez argumentos que den a "que pensar" a la sociedad.

Finalmente, la psicología social tradicional considera las interpretaciones como sesgos en la investigación; sin embargo, la psicología social crítica considera que la realidad es interpretativa, comprensiva, y no forzosamente está sesgada por los puntos de vista del investigador, sino que está conformada también por ellos; es decir, las teorías de la psicología no sólo describe la realidad psicológica sino que, a la vez, la construye (Ovejero Bernal & Ramos, 2011). Revelando un mayor protagonismo de los psicólogos sociales críticos, con mayor responsabilidad sobre su práctica profesional, pero con mayores posibilidades de acción.

3. Método

3.1 Planteamiento del problema: Una práctica en extinción

La práctica de la partería tradicional es una alternativa efectiva para la disminución de la violencia obstétrica y muertes maternas, y es la mejor vía para un parto humanizado (Organización Mundial de la Salud, 2014; United Nations Fund for Population Activities, 2014; Comisión de Derechos Humanos, 2016; IMSS-PROSPERA, 2017; IMSS-BIENESTAR, 2020). En México la partería tradicional no solo se ciñe a un servicio médico-obstétrico, sino que es entendida como un sistema de salud articulado de representaciones y creencias sociales, con el que todos los pueblos interpretan la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano; que posee una cosmovisión que da lógica y finalidad al sistema, una comprensión de la causalidad y riesgo (Secretaría de Salud, 2017).

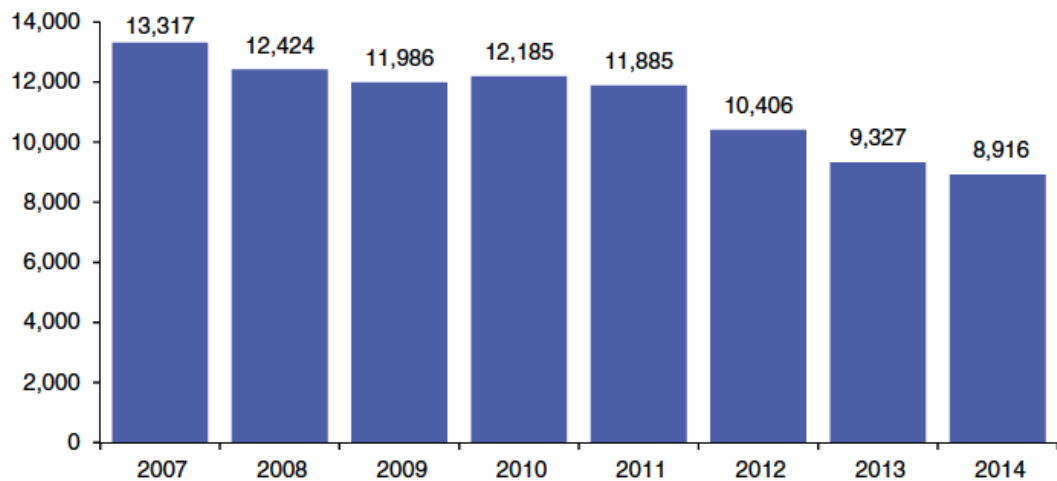
En comunidades rurales e indígenas es común consultar médicos tradicionales por razones de salud pero también para obtener consejos acerca de sus problemas personales (Berenzon-Gorn et al., 2006). De esta forma, las parteras tradicionales pertenecientes a comunidades indígenas o rurales atienden el embarazo, parto y puerperio; su trabajo consiste en acompañar, reconfortar y atender a la mujer aplicando métodos tradicionales (Álvarez & Miranda Orrego, 2014). En este sentido, el titular de la Comisión Nacional de Derechos Humanos Luis Raúl González Pérez, reconoció a la partería tradicional como una práctica exitosa en zonas rurales e indígenas y como una estrategia efectiva para prevenir la violencia obstétrica (Comisión de Derechos Humanos, 2017a).

A pesar de la existencia de un marco legal que sustenta y justifica la partería tradicional, así como de políticas públicas y acciones gubernamentales a favor de esta práctica tradicional; con el fin de mejorar la atención en salud sexual y reproductiva, disminución de la violencia obstétrica, la muerte materna y muerte neonatal; la partería tradicional tiende a ser una práctica en desuso. A pesar de la constante

capacitación, registro y certificación de las parteras tradicionales; su práctica es constante y progresivamente menor.

En el programa IMSS-BIENESTAR del año 2018 a 2019 la tasa de partos atendidos por parteras tradicionales se mantuvo en 4.7%, sin embargo en el año 2014 la tasa era del 7.89% lo que significa una disminución de 3,833 partos atendidos por parteras tradicionales, y con respecto al 2007 hubo una disminución de 8,234 partos atendidos (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015).

Gráfica VIII.10.
Partos atendidos por parteras
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Adscrita, 2007-2014.

Esta disminución en la práctica de la partería tradicional puede deberse a factores como un cambio de visión institucional o a condiciones no adecuadas para que ejercer la partería tradicional.

Por ejemplo, en el informe de actividades del programa IMSS-Prospera del año 2014 se argumenta la disminución de los partos atendidos por parteras tradicionales, como el logro de una estrategia para incrementar el parto hospitalario, dando por sentado que la partera tradicional es un personal no

calificado y puede significar un riesgo para la atención materno-infantil; es decir, la partería tradicional vista como un factor de riesgo y no como un recurso.

“La disminución que se observa en los partos atendidos por parteras en los últimos años obedece a la prioridad que se ha dado a la atención de partos de manera institucional por personal calificado, como una estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil” (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015).

Esta visión institucional prioriza la atención hospitalaria, y esto podría relacionarse con el aumento de partos medicalizados e índices de cesárea hasta la actualidad; en el 2017-2018 IMSS-Prospera reportó que de los 109,111 partos atendidos el 29% fue por cesárea, mientras que lo indicado por la Organización Mundial de la Salud & Human Reproduction Programme, (2015) es que debería ser entre 10% y el 15%; argumentando que como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral; a este respecto el titular de la Comisión de Derechos Humanos, (2017a) denunció que los hospitales institucionales se han convertido en máquinas de parir, por lo que se han acercado a las autoridades del Sector Salud para que se dé reconocimiento y mejores condiciones para hacer la labor de las parteras tanto en zonas marginadas y urbanas como.

A nivel nacional, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, (2018), se identificó que el 46.1% de los nacimientos fue por cesárea, 23.3% programadas y 22.8% de emergencia, y 53.9% por parto normal (vaginal). Destacando que tan solo las cesáreas programadas (que podrían haberse evitado), superan el 10%-15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud & Human Reproduction Programme, (2015), y de igual forma es

superada por 10% en promedio las cesáreas por emergencia, lo que podría ser un indicador de que alguna estrategia de prevención no está funcionando de la mejor forma.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, (2018), la tasa de mortalidad infantil en menores de un año de vida a nivel nacional es de 15.6%, pero en zonas rurales menores a los 15 mil habitantes de 17.2% que es donde se sitúa la población de esta investigación. De igual forma, hay que considerar que la tasa de fecundidad nacional es de 2.07, mientras que en el estado de Veracruz del 2.14 y en zonas rurales llega a 2.81; lo que significa una mayor demanda de servicios obstétricos a las instituciones de salud, mayor probabilidad de insuficiencia de recursos y cobertura que desemboque en una mala operatividad, violencia obstétrica y por ende complicaciones en el parto.

En este sentido, desde una perspectiva cuantitativa el ejercicio de la partería tradicional de las comunidades rurales, también se posiciona como una alternativa para hacer frente a esta situación de salud, y el peligro que significa la drástica disminución de su práctica en lo sociocultural, en lo subjetivo, pero también en lo médico obstétrico.

Sobre las condiciones para que ejercer la partería tradicional, en un contexto internacional se ha estudiado que las parteras están profundamente comprometidas a proporcionar la mejor calidad de atención para las mujeres, los recién nacidos y sus familias; sin embargo, también están profundamente frustradas por las realidades que experimentan que limitan sus esfuerzos; expresan la forma en que se ven obstaculizadas por la falta de voz en la creación del cambio. Hay descripciones de haber recibido faltas de respeto en el trabajo y en la comunidad; un 37% de todas las parteras han experimentado acoso en el trabajo, falta de seguridad y miedo a la violencia (World Health Organization, 2016). De igual forma, las parteras tradicionales, así como el personal de obstetricia tiene un conocimiento profundo de lo que se necesita para mejorar la calidad de la atención, sin embargo, *sus voces rara vez se escuchan*, lo cual es

indispensable para corregir las complejas jerarquías de poder y la transformación de las dinámicas de género.

Surge así la necesidad de investigar y comprender cuales son los significados construidos por las parteras tradicionales sobre su ser y qué hacer en este contexto adverso, partiendo de la premisa de que los significados que construimos favorecen e incluso determinan nuestra realidad, conducta, actitudes y formas de expresarnos en el mundo, resulta relevante comprender el impacto de los significados construidos por las parteras tradicionales en torno a práctica sociocultural.

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional y sus efectos en esta práctica sociocultural?

3.3 Objetivos de Investigación

Objetivo General

Comprender los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional, desde la perspectiva de parteras tradicionales en comunidades rurales del estado Veracruz, así como sus efectos en esta práctica sociocultural; con la finalidad de proponer estrategias que favorezcan a la generación de mecanismos y procedimientos de salud obstétrica acordes a su realidad, así como abaladas y recomendadas por World Health Organization, (2018) con evidencia científica.

Objetivos Específicos

- Explorar el entorno sociocultural de las parteras tradicionales de la zona centro-sur de Veracruz, con la finalidad de conocer el contexto en el que se construyen e interactúan los significados elaborados por las parteras en torno a su ser y qué hacer.
- Identificar los significados construidos por parteras tradicionales de la zona centro-sur de Veracruz, en torno a su ser y qué hacer.
- Identificar los significados socialmente construidos por la partera tradicional de la zona centro-sur, en torno a la institución de salud de su comunidad.

- Identificar los significados socialmente contruidos por la partera tradicional de la zona centro-sur de Veracruz, en torno a la mujer embarazada y su relación con ella.
- Identificar los efectos de los significados contruidos por la partera tradicional de la zona centro-sur de Veracruz en las actitudes de las mujeres y la comunidad en general hacia la salud obstétrica.

3.4 Diseño etnográfico

El presente estudio se realizó desde un enfoque cualitativo, que se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales (Flick, 2012).

El término cualitativo, ordinariamente, se usa como cualidad y donde la calidad representa, primordialmente, la naturaleza y la esencia completa, total, de un producto (Martínez-Miguel, 2014); es decir, el estudio de las cualidades del objeto de estudio a partir de una metodología empírica. El término cualitativo (Reese et al., 2012) sugiere una búsqueda del entendimiento de una realidad a través de un proceso interpretativo sustentado en una metodología científica de investigación; y en esos términos los métodos cualitativos son la conjunción de ciertas técnicas de recolección, modelos analíticos, normalmente inductivos y teorías que privilegian el significado que los actores otorgan a su experiencia (Tarrés, 2013). En este entendido, la presente investigación es de tipo cualitativo ya que busca identificar los significados contruidos en torno a la Partera Tradicional y la partería en comunidades rurales e indígenas de Veracruz.

De esta forma, se empleó un diseño de tipo etnográfico con la intención de tener una imagen cercana a la realidad de las parteras y su entorno sociocultural, y así generar y perfeccionar categorías

conceptuales que permitieran describir y reconstruir de forma sistemática las características de las variables y fenómenos de interés (Goetz & LeCompte, 2010).

La etnografía es uno de los principales modelos de investigación utilizados por los científicos sociales para el estudio del comportamiento humano (Goetz & LeCompte, 2010). La etnografía busca describir e interpretar a un sistema social o cultural, plantea como propósito describir lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen habitualmente y explica los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales (Álvarez-Gayou, 2016); literalmente significa descripción de un pueblo, ocupándose de las personas en sentido colectivo, mas no de los individuos; es el arte y la ciencia de describir a un grupo humano, sus instituciones, comportamientos interpersonales, producciones materiales y creencias; sin embargo, una investigación etnográfica no debe quedarse en lo meramente descriptivo; debe profundizar, con preguntas adicionales sobre el significado de las cosas para las personas estudiadas (Angrosino, Amo, & Blanco, 2012; Goetz & LeCompte, 2010).

La tradición etnográfica y los métodos cualitativos conforman una decisiva ayuda para un mayor entendimiento crítico de las situaciones y fenómenos (Goetz & LeCompte, 2010); por lo que las preguntas de investigación se dirigieron a cuestiones y procesos en el aquí y ahora de la observación (Flick, 2015). De acuerdo a Angrosino et al. (2012) los métodos etnográficos a diferencia de otros estudios en ciencias sociales, se ajusta a una serie de premisas iniciales para lograr un adecuado estudio que dé consistencia en sus resultados, estas premisas, que a continuación se describen, buscaron ser cumplidas durante la realización del estudio.

Método de campo: Se realiza en los entornos en que viven las personas reales, más que en laboratorios donde el investigador controla los elementos del comportamiento, que se han de observar o medir. El estudio se realizó en el lugar donde las parteras atienden normalmente y donde se relacionan

con la comunidad, así como los centros de salud donde las parteras tradicionales, las mujeres embarazadas y el personal de salud convergen e interactúan sus actividades. En estos lugares la recolección de datos se realizó por medio de la observación participante y la entrevista no estructurada; así mismo, se cuidó que ninguna de las mujeres embarazadas u otras personas no involucradas con el estudio quedaran registradas en fotografías, audios o cualquier otro medio que violara su privacidad.

Personalizado: Lo realizan investigadores que están en contacto diario cara a cara con las personas a las que se estudian. Este estudio lo realizó el autor directamente con las personas sujetas de estudio y su contexto, se evitó en todo momento que cualquier método de recolección de datos se realizara por medio de un intermediario. Se identificó la identidad de las participantes y se protegieron sus datos personales, de acuerdo como lo establecen los códigos éticos.

Multifactorial: Se realiza mediante el uso de dos o más técnicas de recogida de datos, que pueden ser de naturaleza cualitativa o cuantitativa, con el fin de triangular una conclusión fortalecida por las múltiples maneras. De esta forma, para este estudio etnográfico se emplearon cuatro técnicas de recogida de datos diferentes: entrevistas no estructuradas, observación participante, notas de campo y estudio de archivos; esto con la finalidad de triangular la información y generar confiabilidad y validez en el estudio.

Dialógico: La practican investigadores cuyas conclusiones e ínter prelações pueden ser expuestas con las personas que son objeto de estudio, incluso mientras esas conclusiones e interpretaciones se encuentran en camino de ser elaboradas. En este sentido, durante las entrevistas no estructuradas y las reuniones de grupos focales se fueron exponiendo algunas otras opiniones, con el fin de ir triangulando la información con diferentes participantes para fortalecer la confiabilidad y validez a los datos obtenidos. En todo momento durante la triangulación de información, se protegió la identidad de los participantes.

Integral: Se realiza con el fin de generar el retrato más completo posible del grupo estudiado. Se realizó por medio de la comparación y contrastación de los datos obtenidos por medio de diferentes puntos de vista y fuentes de información.

De tal forma que el diseño procuró cumplir con dichos puntos como se puede observar en la sección de: métodos de recolección de datos, selección de participantes, confiabilidad y validez, y en los aspectos éticos.

3.5 Muestra

El estudio se realizó de octubre 2018 a junio 2019, tiempo en que se contactó a las parteras tradicionales de la región a partir del censo del IMSS-Bienestar (Instituto Nacional del Seguro Social - Bienestar, IMSS-B) y con apoyo del personal (promotores comunitarios) encargados de este programa; este organismo del gobierno federal tiene como finalidad, proporcionar servicios de primer y segundo nivel de atención a personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas (Gobierno de México, 2020). De igual forma se trabajó a partir del censo de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SSVer) organismo del gobierno estatal que ofrece servicios de salud a los pobladores de estado de Veracruz (Gobierno del Estado de Veracruz, 2020), y con el apoyo del personal encargado del programa de partería tradicional. Las participantes se encuentran registradas en alguno de estos sistemas de salud dependiendo de su lugar de residencia, para los fines de esta investigación se trabajó indistintamente con las parteras tradicionales, sin importar si se encuentran registradas y recibiendo capacitación en uno u otro sistema de salud. Ambas instituciones aceptaron facilitar la investigación, así como respetar el código ético propio de la investigación.

Se realizó una selección de parteras fue por conveniencia, guiada por factores de facilidad de acceso, conveniencia para la investigación, disponibilidad de muestras y otros análogos, de carácter fortuito o accidental (Goetz & LeCompte, 2010); como criterios de inclusión se consideró que se encontraran registradas en alguna de las instituciones de salud local, que tuvieran por lo menos un año de ejercer como parteras y de interrelación con la institución de salud, que no contaran con estudios obstétricos formales y que su edad o estado de salud no fuera un impedimento para asistir y participar en grupos focales y entrevistas. Como criterios de exclusión se consideró la no aceptación voluntaria y/o el abandono de la participación. Se tuvo contacto con 90 parteras, de las cuales 52 cumplieron con los

critérios de inclusión, las cuales fueron provenientes de 22 poblaciones de 6 municipios del estado de Veracruz México, como se observan en la Tabla 1.

Tabla 1
Participantes del estudio

Municipio	Localidad	Participantes	Media Edad	Media años ejerciendo	Media de partos atendidos	Distancia media al centro de salud
Chocamán	Calaquioco	1				
	Rincón Pintor	1	64 años	38 años	122 partos	10 km
	Tepexilotla	1	Max: 70 Min: 49	Max: 55 Min: 26	Max: 200 Min: 60	Max: 12 Min: 9
	Tetla	1				
Córdoba	Col. Nuevo Toxpan	1	69 años	41 años	216 partos	
	Miguel Aguilar	1	Max: 81 Min: 55	Max: 49 Min: 37	Max: 570 Min: 38	2 km
	San Isidro Palotal	1				
Coscomatepec	Cabecera Municipal	6				
	Cuiyachapa	3				
	Laguna Palapa	1	56 años	33 años	852 partos	14 km
	San Nicolás Ixtayuca	1	Max: 93 Min: 21	Max: 63 Min: 8	Max: 3000 Min: 0	Max: 27 Min: 2
	Tetelzingo	7				
	Xocotla	12				
	Zacatla	2				
Fortín	Fortín	1				
	Monte Blanco	4	57 años	35 años	283 partos	15 km
	Sta. Lucia Potrerillo	1	Max: 79 Min: 18	Max: 58 Min: 1	Max: 1000 Min: 50	Max: 23 Min: 5
	Tlacotengo	1				
Omealca	Estación De Omealca	1				
	Las Palmas	1	48 años	34 años	800 partos	26 km
Tezonapa	Agua Escondida	3	49 años	25 años	98 partos	
	Col Agrícola	1	Max: 55 Min: 44	Max: 27 Min: 24	Max: 150 Min: 46	52 km
Total / Medias		52	56 años Max: 93 Min: 18	33 años Max: 63 Min: 1	502 partos Max: 3000 Min: 11	16 km Max: 52 Min: 2

3.6 Técnicas de recopilación de datos

La etnografía es una estrategia de investigación amplia y compleja que se basa originariamente en la participación y la observación en campos abiertos o instituciones. Muchas definiciones de la etnografía subrayan el uso flexible de varias técnicas de recolección de datos, además de la observación (Flick, 2015). Para este estudio se consideraron cinco técnicas de recolección de datos, para conocer la práctica y contexto de la partería tradicional se empleó principalmente: 1) investigación de archivos (Angrosino et al., 2012) y 2) notas de campo (Goetz & LeCompte, 2010); mientras que para el conocimiento y estudio de los significados construidos se empleó: 3) Grupos focales (Kamberelis & Dimitriadis, 2015), 4) entrevistas no estructuradas (Goetz & LeCompte, 2010) y 5) observación participante (Guasch, 2002).

1) Investigación de archivos

Es el análisis de materiales que se han almacenado para investigación, servicio y otros propósitos tanto oficiales como no oficiales, se conocen como fuentes primarias y pueden incluir: Mapas, registros de nacimientos, defunciones, listas de censo, o encuestas especializadas. La investigación de archivos tiene como ventaja el no ser reactiva; es decir que no se influye en las respuestas de las personas, y en condiciones normales es relativamente barata; es especialmente importante cuando se está interesado en estudiar acontecimientos o comportamientos que cambian con el tiempo, y valiosa también cuando se estudian temas que se podrían considerar sensibles o volátiles para observarlos o plantear preguntas directamente sobre ellos (Angrosino et al., 2012).

Para esta investigación se emplearon mapas de las regiones, informes y bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), así como de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), con el fin de obtener datos cuantitativos e indicadores que pudieran enriquecer la información

recopilada por la investigación. Es decir, la información obtenida de la investigación de archivos permitió fortalecer, apuntalar y orientar los datos obtenidos en el trabajo de campo; así como en algunos, contrastar la información oficial, con la realidad objetiva del lugar y la realidad construida de las participantes.

2) Notas de Campo

En las notas de campo se incluyeron comentarios interpretativos basados en sus percepciones; eventos que no quedan registrados y son producto de la observación del investigador. Sin embargo se tomó en cuenta que las notas de campo ofrecen una información menos completa o sesgada, debido a su posible carácter idiosincrásico, al hecho de que pueden reflejar los intereses de cada investigador y a que muestran datos hasta cierto punto preseleccionados (Goetz & LeCompte, 2010). Por lo que solo se tomaron notas que pudieran ser de utilidad, pero sin considerarlas como realidades objetivas o prejuiciosas; por el contrario, se manejaron con criterio y únicamente que la nota fuera congruente con el resto del análisis se consideró como parte de los resultados.

De acuerdo a Angrosino et al. (2012), en el hábito de tomar notas de campo del buen investigador etnográfico, se recomienda prestar especial atención e incluir datos sobre el entorno, los participantes, comportamientos y sus conversaciones (ver anexo C).

3) Grupos focales

Los grupos focales son conversaciones colectivas o entrevistas grupales, han sido útiles en diferentes movimientos sociales con el fin de contribuir a promover intereses y causas. Se caracterizan por privilegiar la interacción horizontal, evitando dinámicas de poder y conduciendo la recolección de información especialmente rica (es decir, datos de alta calidad) que, en última instancia, redundarán en informes cargados de descripción densa y ricos en verosimilitud (Kamberelis & Dimitriadis, 2015).

Se optó por esta técnica de recolección de información justo por privilegiar la interacción horizontal, así como permitir el libre dialogo entre las participantes y esto pudiera estimular de una mejor forma la interacción, y así identificar con mayor facilidad los acuerdos en los significados y entender de mejor forma lo que es construido colectivamente.

Referente al espacio, con el fin de evitar contraposiciones de poder o procesos de construcción de “otredad”, las reuniones de grupos focales se celebraron en privacidad en un espacio seguro en donde las mujeres participantes se sintieran cómodas, importantes y legitimadas (Kamberelis & Dimitriadis, 2015). Se eligió un aula del centro de salud mas próximo a la comunidad de las participantes, por ser un lugar familiar para ellas, del que conocen las vías de acceso y por ser el lugar más próximo a su lugar de residencia; las reuniones se celebraron a puerta cerrada, se pidió al personal médico no intervenir durante la reunión y se dejó claro los códigos de confidencialidad con las participantes; así como, la posición del investigador como persona ajena a la institución y sin injerencia en los procesos organizativos. De esta forma las parteras tradicionales se mostraron abiertas al dialogo y no se identificaron signos de incomodidad.

Los grupos focales fueron conducidos considerando los significados construidos referentes a su autoconcepto como partera tradicional, al ejercicio de su labor, los factores que inciden en su práctica y conceptos relacionados con la salud materna y práctica tradicional; como se observa en el (anexo D).

4) Entrevista no estructurada

Estas entrevistas informales permitieron centrar el estudio en un contexto, así como permitir seleccionar a los participantes que posteriormente fueron fuente de datos principales (Goetz & LeCompte, 2010); se consideraron entrevistas que surgieron de manera espontánea y fuera de un contexto de entrevista formal, y que favorecían a la comprensión de la comunidad, particularmente en cuanto a su

dinámica social y sus costumbres. Además de esto, se pretendió buscar información relacionada con su autoconcepto, sus relaciones y factores de la práctica (ver anexo A)

5) Observación participante

La observación participante es la principal técnica etnográfica de recogida de datos y es un instrumento adecuado para recuperar el sentimiento en las ciencias sociales. De acuerdo a Guasch (2002), si los estereotipos de género fueran ciertos, resultaría que la observación participante es femenina (flexible, dúctil, intuitiva, sutil, no racional); oponiéndose al rígido positivismo masculino, una tolerancia epistemológica que prefiere pactar la realidad antes que imponerla.

La observación participante no es un método en sí mismo, sino más bien un estilo personal adoptado por los investigadores de campo (Angrosino et al., 2012), que después de ser aceptados por la comunidad sometida a estudio, pueden utilizar una variedad de técnicas de recolección de datos para informarse sobre las personas y su modo de vida; de esta forma la buena etnografía es resultado de la triangulación, y del uso de múltiples técnicas de recolección de datos para reforzar las conclusiones. A partir del enfoque de la observación participante se emplearon las demás técnicas de recopilación de datos, como las notas de campo ya que nada transmite más el sentido de "estar allí" y registrado por otros medios.

Para este estudio se procuró seguir las directrices propuestas por Goetz & LeCompte (2010) como guía de observación de las escena, los participantes, sus acciones y como es la interacción de sus significados (ver anexo B).

3.7 Ejes temáticos

1.- Entorno sociocultural del ejercicio de la partería tradicional. Se consideraron los aspectos objetivos y subjetivos del entorno; en el primero se consideraron las condiciones geográficas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017) y los indicadores sociales presentados por la Secretaría de Bienestar (2020). Los aspectos subjetivos se consideraron por medio del construccionismo social (Gergen & Gergen, 2011), y la orientación sociocultural que hace referencia a significados construidos por miembros de una misma cultura y se encuentran presentes en su realidad colectiva (Morales et al., 2013).

- a. Condiciones geográficas
- b. Indicadores sociales.
 - i. Vulnerabilidad social
 - ii. Condiciones demográficas
 - iii. Muertes neonatales
 - iv. Muertes maternas
 - v. Acceso a los servicios de salud
- c. La práctica de la partería tradicional
 - i. El parto tradicional
 - ii. Lugar del parto e instrumentación
 - iii. Relación con la embarazada
 - iv. Relación con la comunidad
 - v. Relación con la institución de salud

2.- Autosignificación como partera tradicional. El estudio de la autosignificación se realizó desde la perspectiva del construccionismo social (Gergen, 2018), la autodefinición a partir de la interacción y la construcción de la realidad colectiva.

- d. Significación como parte de una tradición
- e. Relación y convergencias con las instituciones de salud

- f. Vivencia de la partería tradicional en un contexto de interrelación.

3.- Partería tradicional, violencia y su relación con la emergencia obstétrica. Se estudia la percepción de las parteras por medio de sus vivencias en si mismas y a través del acompañamiento a las mujeres embarazadas respecto a la violencia institucional ejercida (Secretaría de Salud, 2009), como ello contribuye a conductas de rechazo a la atención institucional (Amanuel et al., 2019), y se puede relacionar con factores de riesgo de emergencia obstétrica que ponen en peligro la vida de la mujer y el neonato (Secretaría de Salud, 2009).

- g. Conocimiento de la violencia obstétrica por medio de las mujeres consultantes de la partera tradicional y usuarias del sistema de salud.
- h. Vivencia de la violencia obstétrica e institucional
- i. Factores de la emergencia obstétrica desde la construcción de significados

3.8 Análisis de datos

De acuerdo a Goetz & LeCompte (2010), el análisis de la información se fundamenta en la teorización, que podemos decir que es un método formalizado y estructurado para jugar con ideas, para descubrir conceptos y proposiciones o para confirmarlos; esto por medio de mezclar, hacer coincidir, comparar ajustar, vincular, y construir jerarquías; los datos analizados fueron obtenidos a través de las entrevistas y grupos focales; para dicho análisis se consideraron las siguientes estrategias:

- Percepción: tiene como objetivo analizar la complejidad de los fenómenos en sus contextos naturales. Implica mantener una actitud ingenua que permite percibir cada uno de los aspectos del fenómeno como si resultara nuevo y potencialmente significativo, se evitó hacer inferencias

sobre las situaciones observadas que pudieran llevar a conclusiones prejuiciosas sobre lo estudiado.

- Comparación, contrastación, agregación y ordenación: En un primer momento se describió lo observado, posteriormente los fenómenos se dividieron en unidades, para lograr así comparar con otras unidades que se asemejen o se distingan entre sí. Es decir, se compararon unidades que partieron de las diferentes observaciones con el fin contrastar las unidades, observar si existen patrones y finalmente establecer una jerarquización.
- Determinación de vínculos y relaciones: De esta forma y a partir de la contrastación de unidades de observación, se buscó descubrir los vínculos y relaciones entre las unidades de observación, con el fin de determinar la secuencia de los fenómenos y efectuar inferencias respecto de su asociación, covariación y causalidad recíproca.
- Especulación: establecimiento de inferencias a partir de la identificación, comparación y determinación vínculos entre las unidades de observación; es decir, plantear especulaciones para elaborar complejos de datos y constructos de mayor alcance relacionados entre sí.

Las sesiones de grupos focales fueron audiograbadas, previa explicación y autorización en la carta de consentimiento informado (Flick, 2015), éstas fueron transcritas en su totalidad para su posterior análisis; y con el fin de proteger su identidad sus nombres fueron sustituidos por un código de identificación para el control de los datos (Peräkylä, 2015).

Se siguió un análisis de tipo temático (Díaz Herrera, 2018; Mieles-Barrera et al., 2012), y se empleó el software de análisis de cualitativo Atlas.ti 7.2, por ser uno de los programas más completos para este fin y que mejor se ajusta a la presente investigación.

Para el empleo de esta herramineta se buscó apegarse al procedimiento planteado por Chernobilsky (2006) con la finalidad sacar mayor provecho de la información, ya que el uso de la herramienta informática apropiada permite ir más allá de la simple codificación de los temas relevantes.

En el análisis de tipo temático la codificación permite colocar códigos a segmentos de textos, identificando y diferenciando así unidades de significado; seleccionando y agrupando códigos para establecer categorías y su relación con otras categorías. Por ejemplo, en las narraciones de las parteras tradicionales se mencionaron diferentes tipos maltratos recibidos en las instituciones de salud, se fueron codificando y posteriormente se clasificaron en categorías; mismas que por medio del análisis y la interacción con otras categorías se identificó que la vivencia de la violencia se encontraban diferenciadas en dos categorías mayores: las agresiones directas del personal médico y la vivencia de los procedimientos médicos. Y de esta forma, la frecuencia en la mención de los diferentes maltratos en este mismo ejemplo, permitió identificar la relevancia de unos códigos sobre otros, así como descartar los que fueran considerados como parte de una incidencia muy particular o no correspondiente a los demás códigos.

Este mismo software permitió la incorporación de las notas de campo por medio de su función de “memos” en los textos analizados; así como la elaboración gráfica de redes conceptuales para una mejor abstracción.

3.9 Estrategias de calidad en la investigación

Como estrategia de gestión de calidad se consideraron los criterios de credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad propuestos por Castillo & Vásquez (2003):

Credibilidad

La credibilidad se logra cuando a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio, se recolecta información que produce hallazgos y luego éstos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten; es decir, que los resultados reflejen una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada; de esta forma, credibilidad se refiere a que los resultados obtenidos son verdaderos -en este caso- para las parteras tradicionales participantes en el estudio.

Para determinar la credibilidad de esta investigación se consideró:

- Resguardo de las notas de campo que se realizaron durante la investigación
- Las entrevistas y grupos focales se audiograbaron con la finalidad de posteriormente ser transcritas en su totalidad, y así respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.
- Se consideró la presencia del investigador en las entrevistas y grupos focales, con la finalidad de conservar la naturaleza de los datos.
- Se discutieron los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de las participantes.
- Se trianguló la información recabada para determinar la congruencia entre resultados.
- Se discutieron las interpretaciones con otros investigadores.

- Y se procuró que los hallazgos se apreciaran como significantes y aplicables en el propio contexto del lector.

Auditabilidad o confirmabilidad

Se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro. Por lo que es necesario un registro y documentación sobre las decisiones e ideas que se realizaron en el estudio; permitiendo examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas.

Con la finalidad de cumplir con este criterio, se cuidaron en la investigación los siguientes aspectos:

- Se describieron las características de los informantes, así como su proceso de selección.
- Se emplearon mecanismos de grabación.
- Se realizó análisis de la transcripción fiel de las entrevistas a los informantes.
- Se describieron los contextos físicos, interpersonales y sociales en la investigación.

Transferibilidad o aplicabilidad

Da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones, por medio de examinar qué tanto los resultados de un estudio se ajustan los resultados a otro contexto.

En este sentido, los lectores del informe son quienes determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente. Para ello se necesita hacer una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. De esta forma, el grado de

transferibilidad se encuentra en función directa de la similitud entre los contextos donde se realiza el estudio a replicar.

Para ello, el presente estudio buscó ajustarse a dos guías que permitirían ajustar la investigación en un grado de transferibilidad o aplicabilidad:

- Identificar respuestas típicas de los informantes.
- Identificar la aplicabilidad de los datos como un todo.

3.10 Devolución de resultados

La consistencia interna se procuró mediante la triangulación constante de la información con la teoría y participantes diferentes (Flick, 2014), tomando en cuenta que el criterio de credibilidad se puede alcanzar al confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares en la devolución de resultados con las participantes (Castillo & Vásquez, 2003).

Como estrategia de la gestión de la calidad de la investigación se realizó una devolución de los resultados a 7 participantes (Goetz & LeCompte, 2010) por medio de una reunión de grupo focal. Por medio de la cual, se explicaron paso a paso cada uno de los hallazgos obtenidos en la investigación, y por medio de un instrumento diseñado con escala Likert (Morales et al., 2013), las participantes fueron evaluando su acuerdo o desacuerdo con el concepto expuesto (ver Anexo E); es decir, que tanto el concepto se ajusta o no a su realidad, en este caso refirieron en un 92% estar de acuerdo con los conceptos que se ajustan a su realidad.

3.11 Principios éticos

En todo el estudio se aplicaron los principios éticos de investigación (Moscoso & Díaz, 2017). El estudio se apegó a lo estipulado en la Declaración de Helsinki, así como al ordenamiento de la Ley General en materia de Investigación para la salud de México. Con marco en esos instrumentos el estudio se clasificó como de riesgo mínimo, toda vez que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Una vez explicados los objetivos y procedimientos del estudio así como las dudas de las participantes y obligaciones del investigador, se solicitó por escrito el consentimiento informado a todas las participantes y se garantizó confidencialidad sobre la identidad de las informantes (Flick, 2015).

La población objeto de estudio es heterogénea, tanto en el nivel educativo como de perspectiva y visión la situación (Parteras tradicionales, médicos, funcionarios públicos), así como experiencias delicadas con usuarias (violencia obstétrica, negligencia, datos médicos, etc.); sin embargo para todos los casos los criterios éticos se aplicaron por igual, para ello los procedimientos de recolección y análisis de información se ajustaron a los siguientes principios éticos planteados por Moscoso & Díaz (2017):

Beneficencia y no maleficencia: Se establecieron lineamientos claros para prevenir conductas y reducir riesgos a los participantes. Evitando entre las formas de riesgos y daños potenciales a las participantes: el daño físico como consecuencia directa del estudio de investigación; la represalia, castigo o daño físico infringidos por otras personas debido a su participación en las actividades de la investigación; así como el sufrimiento, la ansiedad y la pérdida de autoestima consecuencia de los estudios de esta investigación.

Justicia y equidad: Se pretendió que las participantes sean favorecidas con los resultados de la investigación, por lo que se buscará que los resultados a través de mecanismos instituciones y sociales se

materialicen en mejores formas de trabajo intercultural que promuevan mecanismos para una mayor salud obstétrica.

Respeto por la autonomía, asentimiento y consentimiento informado: La autonomía se cumple cuando existe ausencia de control externo, intencionalidad y conocimiento, por lo que en nuestro caso se respetó la autonomía dando valor a las opiniones y elecciones, al mismo tiempo que se evitó obstruir acciones, a menos que estas vayan claramente en menoscabo o perjuicio de otros. El consentimiento informado es un proceso interactivo en el cual la persona accedió voluntariamente a participar en el estudio, luego de que los propósitos, riesgos y beneficios de éste han sido cuidadosamente expuestos y fueron entendidos por las partes involucradas.

Confidencialidad y privacidad: Se procuró la confidencialidad por medio del anonimato en la identidad de los y las participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por estos. Para esto se realizó la sustitución de nombre y datos por los cuales pudiera ser identificada la informante, así como el estricto control en registros de entrevista y demás información producto de una técnica de recolección de datos. De este modo se garantizó la confidencialidad y la integridad de la participante, sin que existan solicitudes o coerciones al investigador sobre el rompimiento del secreto profesional (Flick, 2015).

Difusión de los resultados: Las participantes serán los primeros en conocer los resultados de la investigación. Esta socialización de resultados se hará de forma lúdica y dinámica, con adecuación del lenguaje, de tal forma que puedan comprenderla a cabalidad y viendo reflejada su visión.

3.12 Cuadro Resumen

Tema	Subtema	Ideas
<i>Planteamiento del Problema: Una práctica en extinción</i>		En México existe una drástica y constante disminución de la práctica de la partería tradicional, a pesar de ser considerada patrimonio inmaterial articulado de representaciones y creencias sociales; así como desde lo médico, como una alternativa efectiva en la disminución de la violencia obstétrica y muertes maternas en zonas rurales e indígenas. En este sentido, la disminución de la práctica de la partería tradicionales se asocia con un incremento de cesáreas, partos hospitalarios y violencia obstétrica.
<i>Pregunta de investigación</i>		¿Cuáles son los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional relacionados con esta disminución en la práctica tradicional?
<i>Objetivo general</i>		Identificar los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional, con la finalidad de estudiar factores causales en la disminución de la práctica tradicional. Proponer estrategias que favorezcan la práctica tradicional, la disminución de la violencia obstétrica y muerte materna o neonatal.
<i>Ejes temáticos</i>	Entorno sociocultural	Condiciones geográficas Indicadores sociales Práctica de la partería tradicional
	Autosignificación como partera tradicional	Significación y tradición Relación con instituciones de salud Vivencia de la partería tradicional
	Situaciones de violencia	En las mujeres consultantes Vivencia de la violencia Factores de emergencia obstétrica
<i>Diseño metodológico cualitativo</i>	Método etnográfico	Para tener una imagen cercana a la realidad de las parteras y su entorno sociocultural, ocupándose de las personas en sentido colectivo; sin quedarse en lo meramente descriptivo.
	Muestra	La selección conveniencia, 52 Parteras tradicionales de 22 poblaciones y 6 municipios.
	Técnicas de recopilación de datos	Grupos focales Observación participante Entrevista no estructurada Notas de campo e Investigación de archivos
	Análisis de datos	Organización de códigos, categoría y redes conceptuales, gestionadas por medio de Atlas.ti
	Confiabilidad y validez	Por medio de criterios de fiabilidad y validez.
	Principios éticos	El estudio se apegó a lo estipulado en la Declaración de Helsinki, así como al ordenamiento de la Ley General en materia de Investigación para la salud de México

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la siguiente manera:

En el apartado *4.1 Contexto de la Partería Tradicional* se presentan las condiciones geográficas de la zona en la que se realizó la presente investigación, que junto con los indicadores sociales como la situación de pobreza y rezago social, la población, acceso a los servicios de salud; así como, los datos que se pueden recuperar sobre las muertes materna y neonatales, permiten una descripción del escenario en donde se llevó a cabo la presente investigación.

En el apartado *4.2 Ejercicio de la Partería Tradicional* se describe el contexto de la partería tradicional, el cual contempla los espacios de atención, la forma en que se ejerce la partería tradicional; así como los vínculos de interacción entre la partera tradicional con la mujer y su embarazo, la familia, su comunidad y la institución.

En el apartado *4.3 Significado de Ser Partera Tradicional* se presentan los significados construidos en torno su autoconcepto como parteras tradicionales, el ejercicio de su labor tradicional y sus vinculaciones con su comunidad a través de una resignificación, y con la institucionalidad por medio del reconocimiento y mutua colaboración.

En el apartado *4.4 Autosignificación Fragmentada* se plantea el impacto en sus significados construidos a partir de un despojo institucional y en su práctica tradicional a partir de un cambio de paradigma institucional, repercutiendo en su autosignificación como partera tradicional y el sentido de su labor sociocultural.

4.1 Contexto de la partería tradicional

Condiciones geográficas

Las poblaciones estudiadas presentan grandes contrastes, Xocotla es la población más pobre, de mayor rezago educativo y mayor marginación del municipio, es la población con mayor índice de drogadicción y embarazo adolescente de las poblaciones sujetas de estudio; así mismo una gran cantidad de pobladores hombres se traslada a la Ciudad de México para trabajar en la construcción, después de una semana de trabajo los fines de semana regresan a su población, normalmente se transportan en autobuses con muy bajo nivel de condiciones de salubridad y seguridad; provenientes de esta población se trabajó con 12 parteras tradicionales.

La segunda población de este municipio con mayor grado de marginación es Zacatla, población en las faldas del volcán Citlaltepétl (Pico de Orizaba) que por su difícil acceso y de viabilidad para trasladarse, ya sea por dificultad de los caminos o transporte limitado, presenta las mismas características de Xocotla en cuanto a rezago social, aunque en menor grado. Provenientes de esta población se entrevistaron a dos parteras tradicionales, que en suma con las de Xocotla son 14 parteras tradicionales de las 32 del municipio, provenientes de las zonas mayoritariamente más marginadas.

En un siguiente nivel se encuentra Cuiyachapa (3 parteras) y Tetelzingo (7 parteras) que, aunque se encuentran retiradas de la cabecera municipal donde se ubica el hospital, sus vías de acceso y transporte se encuentran en mejores condiciones que Xocotla, y mantienen un menor índice de rezago social. Estas poblaciones mencionadas contrastan con la cabecera municipal de Coscomatepec de Bravo

(6 parteras), la cual está catalogada como “pueblo mágico”, cuenta con tres hoteles -dos de ellos considerados como lujosos-, calles empedradas y donde una casa de estilo colonial ubicada en el centro de la población puede llegar a tener un precio de 4-5 millones de pesos. El único hospital con el que cuenta el municipio junto con un centro de salud del gobierno estatal se encuentra en esta población, por lo que las personas habitantes de las comunidades más marginadas se tienen que trasladar a la cabecera municipal, que en el caso de Xicotla podría ser un trayecto de hasta 60-90 minutos en transporte público, y esto en un caso de emergencia obstétrica adquiere mayor relevancia. Por ello es que una característica de este municipio es su marcada desigualdad, por ello los promedios en sus indicadores sociales no corresponde a la realidad, y aun así es el municipio con el mayor índice de muerte neonatal (1.95%) de la muestra estudiada (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017), del cual provienen 32 de las 52 parteras participantes en este estudio.

Otro municipio similar a las características de Coscomatepec, es el municipio de Chocamán cuya cabecera municipal se encuentra muy próxima a la carretera que conduce al hospital de Coscomatepec, al que se llega de 20-30 minutos en transporte público. Sin embargo, el municipio de Chocamán cuenta con poblaciones como Tetla, que se encuentran más adentradas a la sierra y su traslado al hospital podría ser de 50-60 minutos aproximadamente. Ciertamente las condiciones de vida en la cabecera municipal de Chocamán y en poblaciones como Tetla son diferentes en grados de ruralidad; sin embargo, no son tan discrepantes como el caso de Coscomatepec. De este municipio se entrevistaron a 4 parteras tradicionales de poblaciones diferentes pero muy próximas a la Tetla y en condiciones de vida similar, como ocurre en los otros municipios se presenta un mayor número de parteras entre más retirado se encuentra de la cabecera municipal y de los servicios de salud.

Los municipios de Córdoba (3 parteras) y Fortín de las Flores (7 parteras) básicamente tienen características más urbanas y suburbanas, los accesos a los servicios de salud son más próximos y las vialidades para el transporte se encuentran las mejores condiciones.

Indicadores sociales

Situación de pobreza y rezago social

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. El siguiente análisis se realiza con base a los datos del Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social de la Secretaría de Bienestar (2020), en los municipios de interés y de los cuales son provenientes las parteras tradicionales participantes de este estudio.

Con respecto a los demás municipios, Coscomatepec presenta el porcentaje más alto de personas en pobreza 78.9% (21.6% superior al porcentaje estatal), mayor rezago educativo 39.1% (13.7% superior al porcentaje estatal), y mayor porcentaje de carencia por calidad y espacios de la vivienda 27.5% (7.2% superior al porcentaje estatal). Contrariamente a lo anterior, Coscomatepec presenta el nivel más bajo de población vulnerable por carencias 15.6% (9.9% por debajo del porcentaje estatal). Entre su nivel de pobreza y su población no pobre y no vulnerable da la desproporción más alta que el resto de los municipios, lo que nos permite inferir que Coscomatepec es el municipio con mayor desigualdad seguido por Tezonapa; esta desigualdad social se puede deber a la gran diferencia visible que existe entre las

poblaciones más marginadas como Xocotla y Zacatla con respecto a la cabecera municipal, que por su estilo colonial y calles empedradas se encuentra catalogada como Pueblo Mágico; de esta forma los municipios de Coscomatepec, Chocamán y Tezonapa son considerados como de alto grado de rezago social.

El municipio de Córdoba es el más poblado y urbanizado con respecto a los otros municipios en cuestión, representa el 2.7% de la población estatal, es el municipio que de alguna forma tiene carencias y rezago educativo con respecto a los otros municipios, del mismo modo presenta el porcentaje más alto de personas no pobres y no vulnerables, 19.0% (5.7% superior al porcentaje estatal). Este municipio presenta características propias de una zona urbana y una distribución de la riqueza proporcional, a diferencia de los municipios anteriores.

Con respecto al resto de los municipios el municipio de Fortín de las Flores presenta el nivel más bajo de personas en situación de pobreza 42.0% (15.3% por debajo del porcentaje estatal), de personas con carencia por calidad y espacios de la vivienda 12%.4 (7.9% por debajo del porcentaje estatal), y el porcentaje más alto de personas no pobre y no vulnerable 20.6% (5.7% por encima del porcentaje estatal); de esta forma el municipios de Fortín de las Flores y Córdoba son los municipios considerados como de bajo grado de rezago social.

Población

De acuerdo a cifras obtenidas por Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017) con datos obtenidos en el censo de población del 2015; de los 6 municipios de donde son provenientes las parteras tradicionales, cinco mantienen un proporción entre hombre y mujeres, en promedio hay una diferencia de dos mil mujeres más que hombres, a diferencia del municipio de Córdoba que la diferencia es aproximadamente de 13 mil mujeres más que hombres. Sin embargo, las diferencias podrían ser mayores que lo declarado en el censo, existen poblaciones como Cuiyachapa en donde visualmente es

muy marcada la mayor existencia de población femenina; que según los pobladores en entrevistas no formales, refieren que en toda la región son muchos los hombres que migran a los Estados Unidos a trabajar, su esposa y sus hijos se quedan a vivir en la población y al hombre lo declaran viviendo en México, ya que -a decir de las pobladoras- “sigue siendo el hombre de la casa”.

Por lo tanto, podemos decir que son poblaciones predominantemente de mujeres, que muchas de ellas son jefas de familia, encargadas de la crianza de los hijos, y que administran los recursos económicos que envían sus cónyuges desde lejos. En el caso de la comunidad de Xocotla se observaron diferencias en estas condiciones; el rezago social que presenta esta población hace que viajar a Estados Unidos y cruzar la frontera en búsqueda de oportunidades sea incosteable, no toda la población puede tener la posibilidad de pagar los costos de cruzar la frontera; así que se observó una realidad diferente. De acuerdo a sus posibilidades muchos de los hombres viajan a la Ciudad de México cada semana para trabajar en actividades de la construcción principalmente, siguen siendo jefes de familia -muchos de ellos adolescentes- que migran en busca de trabajo para llevar sustento a sus familias, ubicándose así en el sector de maridos y padres ausentes de la población, sólo que con destinos diferentes dependiendo su poder adquisitivo. Y en esta misma comunidad de Xocotla se observó otro sector de hombres, los que no cuenta con la posibilidad de migrar a trabajar a otros lugares, muchos de ellos trabajan ahí mismo en el campo, y otros engrosan los altos índices de personas con adicciones a sustancias psicotrópicas según datos del municipio, aunque éste no cuenta con cifras exactas de población con estas características.

Muertes neonatales

De acuerdo a González-Pérez, Pérez-Rodríguez, Leal-Omaña, Agulí Ruíz-Rosas, & González-Izquierdo (2016) la mortalidad neonatal es un indicador de la calidad de la atención de los servicios de salud en el menor de 28 días y está relacionado con el grado de desarrollo de una población; y las causas

básicas de mortalidad más frecuentes fueron prematuréz, eventos de hipoxia-asfíxia, sepsis bacteriana y malformaciones congénitas.

En este sentido, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017), de entre los municipios de nuestro interés, Coscomatepec presenta el porcentaje más alto de muertes neonatales (1.97%); sin embargo, es posible que el porcentaje no sea del todo claro ya que este hospital le da servicio también al municipio de Chocamán y otras poblaciones aledañas, que el hospital no preciso cuales, ya que refirieron que de acuerdo a la ley le tienen que dar servicio a cualquier persona que llegue, sin importar su procedencia.

En el caso del municipio de Córdoba, siendo un municipio mayormente urbano, se presentaron 70 muertes neonatales en el 2015, por 3,881 nacimientos (1.8%); Por último, habría que considerar que, de acuerdo a los relatos de las parteras tradicionales, en las zonas más marginadas no todas las muertes neonatales se registran ni se da a aviso a los centros de salud, los cuales en ocasiones tampoco tienen registro exacto de los nacimientos.

Muertes maternas

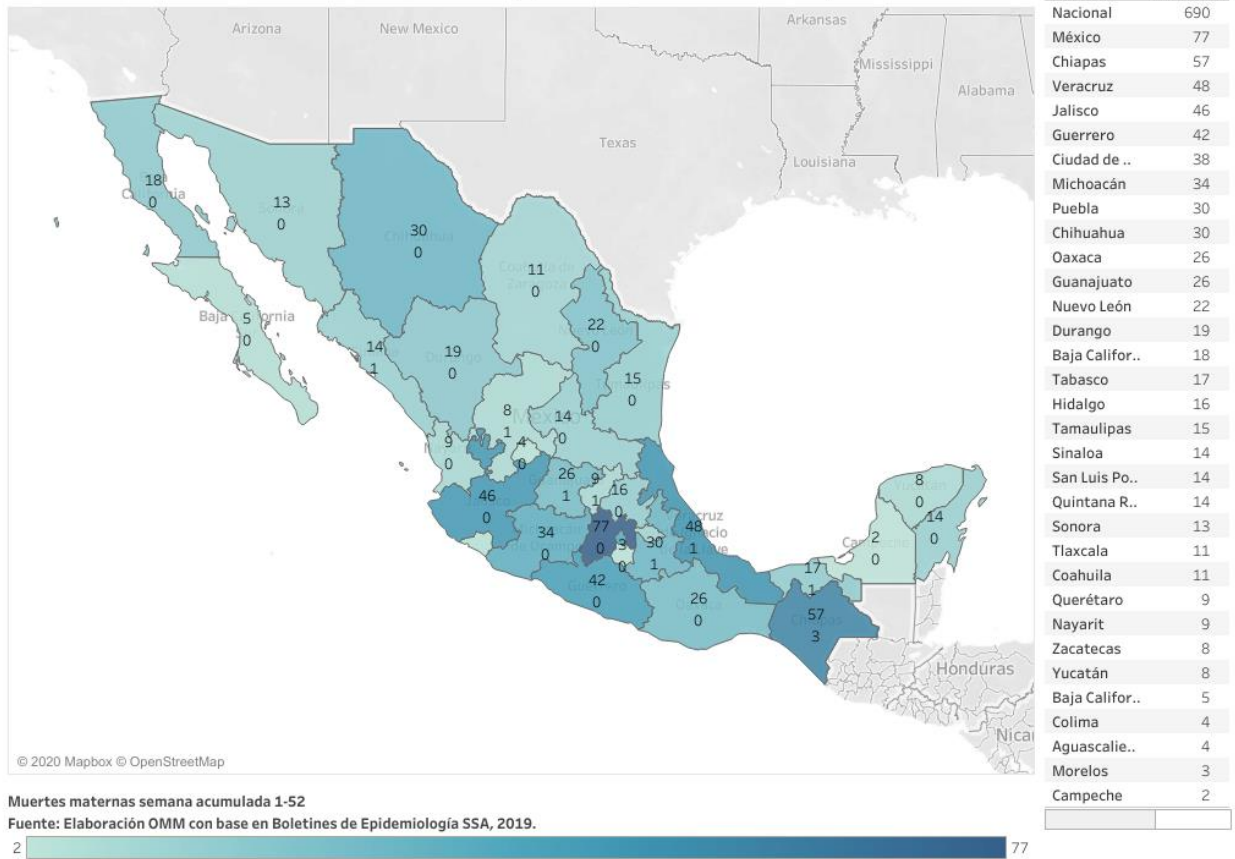
La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

De acuerdo a Briones-Garduño & Díaz de León (2013) en México se hace una diferenciación entre muerte materna directa e indirecta; la muerte materna directa resulta de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, sus principales causas son las hemorragias intensas habitualmente puerperales, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido. Por otro lado,

la muerte materna indirecta se relaciona al embarazo de una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición, sus causas son principalmente enfermedades que complican el embarazo, como anemia, paludismo, VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares y cuadros de abdomen agudo; sin embargo, la muerte materna se registradas indistintamente de la causal para generar índices.

Según los datos del Observatorio de mortalidad materna en México (2020) el estado de Veracruz en el año 2019 se posicionó como el tercer estado con mayor número de muertes maternas, con 48 casos a diferencia de 38 del año 2018. Sin embargo, en los relatos de las parteras tradicionales no se mencionaron casos de muertes maternas de forma directa, la gran mayoría refirió que todas las muertes maternas de las que tienen conocimiento, han sido al interior de los espacios hospitalarios y relacionados con una negligencia o una falta de reacción inmediata ante una urgencia obstétrica.

Muertes maternas acumuladas a la semana 52, y ocurridas en la semana 52, México 2019



Fuente de la imagen: Observatorio de mortalidad materna en México (2020)

Acceso a los servicios de salud

De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017), en los municipios de donde provienen las parteras tradicionales que participaron en el estudio, se cuenta con una cobertura del 76.25% en servicios de salud en promedio; sin embargo, nuevamente llama la atención el municipio de Córdoba que cuenta con el 72.78% de cobertura de salud para sus 218,153 habitantes, de los cuales 115,674 son mujeres; es decir, al menos 31,047 mujeres no cuentan con un alguna cobertura de salud pública. Cabe señalar que según comentaron algunas parteras tradicionales, muchas mujeres no saben de la existencia de esos hospitales y como no se encuentran afiliadas, tampoco cuentan con

expediente, historia clínica ni seguimiento de su embarazo. Este fenómeno es relevante en un municipio como Córdoba que cuenta con una amplia zona con características urbanas, mayores vías de transporte hacia los 18 centros de consulta externa, dos centros hospitalarios y dos más del sector privado; en este contexto estos indicadores podrían leerse con una dimensión diferente que otra comunidad o municipio con un nivel de urbanización menor.

Muchas de estas mujeres que no cuentan con derechohabiencia son las que encuentran apoyo en las parteras tradicionales, y son las mismas que refieren llegar al centro de salud pública con una emergencia obstétrica, que por ley no las pueden rechazar pero tampoco cuentan con ningún dato clínico de la embarazada ni causa de la emergencia obstétrica; en muchas de estas ocasiones la partera tradicional de la comunidad refiere ser una red de apoyo para la embarazada y su familia, y de alguna forma también para la institución de salud cuando la partera les puede proporcionar algún antecedente de la mujer gestante.

Tabla 2
Indicadores de carencia social

Indicadores	Chocamán	Córdoba	Coscomat epec	Fortín	Omealca	Tezonapa	ESTADO Veracruz
Número de personas	22,053	228,703	60,872	70,428	25,159	59,388	8,539,862
Población en pobreza	69.8%	47.6%	78.9%	42.0%	68.3%	73.7%	57.3%
Población vulnerable por carencias	20.0%	25.9%	15.6%	31.3%	26.1%	22.6%	25.5%
Población vulnerable por ingresos	4.1%	7.6%	1.4%	6.0%	2.1%	1.1%	3.9%
Población no pobre y no vulnerable	6.2%	19.0%	4.2%	20.6%	3.5%	2.6%	13.3%
Grado de rezago social	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Rezago educativo	31.6%	13.9%	39.1%	19.5%	33.8%	35.4%	25.4%
Carencia por acceso a los servicios de salud	27.7%	24.7%	22.7%	22.8%	17.9%	10.6%	18.9%
Carencia por acceso a la seguridad social	77.7%	56.7%	86.3%	57.4%	70.7%	79.7%	66.9%
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	18.7%	16.4%	27.5%	12.4%	22.8%	24.9%	20.3%
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	36.9%	19.1%	50.4%	20.5%	63.6%	82.7%	40.1%
Carencia por acceso a la alimentación	28.4%	21.8%	34.0%	23.9%	35.3%	39.2%	29.1%

Fuente: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social de la Secretaría de Bienestar (2020)

Nacimientos registrados en el año 2018	403	3,031	1,448	900	395	968	1,191
--	-----	-------	-------	-----	-----	-----	-------

Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2018)

Cuadro Resumen

Tema	Subtema	Veracruz	Zona muestra
<i>Condiciones geográficas</i>	Es característica la desigualdad, ciudades como Córdoba y Fortín, contra poblados como Xocotla y Tetla; en niveles económicos, rezago social y acceso a servicios de salud.		
	Situación de pobreza y rezago social	57.3% Muy alto	63.38% Alto
<i>Indicadores sociales</i>	Población	8,539,862	466,603
	Muertes neonatales	El municipio de Coscomatepec presenta el porcentaje más alto de muertes neonatales.	
	Muertes maternas	El estado de Veracruz se posicionó como el tercer estado con mayor número de muertes maternas en 2019	
	Carencia de acceso a los servicios de salud	18.9%	21.06%

4.2 Ejercicio de la partería tradicional

La mayor parte de la información recabada para este capítulo gira en torno al contexto y la forma en la que se ejerce la partería tradicional. Se recabó por medio de la visita a cinco espacios de atención del parto tradicional, registro fotográfico, entrevistas no estructuradas y notas de campo, fueron seleccionadas por conveniencia de la población sujeta de estudio. Cabe mencionar que el acceso a estos lugares tiene particularidades, ya que para algunas parteras representa un lugar íntimo y especial para la atención a la mujer, y no todas cuentan con la apertura de mostrar estos espacios.

Se decidió no audiogravar las entrevistas no estructuradas en estas visitas y mantener una dinámica de charla casual, con la finalidad de que la partera tradicional se mostrara con la apertura de hablar de casi cualquier tema, sin sentir que el registro de sus palabras pudiera generarle algún problema con la institución u otras parteras. Esta situación ellas mismas lo solicitaron así, a pesar de que se les explicó que toda información tenía el carácter de confidencial, así que el registro de las conversaciones se realizó en notas de campo y de forma fotográfica lo que fue permitido.

El objetivo de estas visitas fue el conocer el contexto en que se ejerce la partería tradicional y una entrevista individual con la partera tradicional.

Espacios de atención del parto

Estos espacios se ubican normalmente en la casa particular de la partera tradicional, puede ser una recámara o la individualización de un espacio mayor como la sala dividida por una cortina. Los espacios visitados en su mayoría se encuentran como parte de la casa familiar de la partera tradicional pero individualizado.

Los espacios tienen la característica de corresponder al estilo particular de cada partera tradicional, su forma de atender y ejercer la medicina tradicional y sus creencias. Sin embargo, se distinguieron patrones que corresponden principalmente a un nivel económico y ubicación, al igual que el equipamiento y medicina empleada.

Se identificaron dos formas de ejercer la medicina y partería tradicional:

- a) Partería tradicional rural: Este tipo de partería tradicional se caracterizó por ser más apegada a métodos tradicionales, como el uso de la herbolaria de varias formas (infusión, cataplasma, ungüentos, aceites, etc.), y el empleo de remedios y técnicas tradicionales (sobadas, manteo, masajes, música, canto, etc.). De igual forma el equipamiento quirúrgico es más simple al igual que los métodos de esterilización (alcohol y fuego). Este tipo de partería se identificó correspondiente con el grado de marginación del lugar, el nivel de estudios y arraigo de costumbres. De esta forma, estos espacios de atención tienden a ser más sencillos construidos de madera y recursos limitados, pero con lo necesario para ofrecer la atención del parto.

- a) **Partería tradicional con tendencia clínica:** En este tipo de partería tradicional ha incorporado prácticas más tendientes a lo clínico, o busca ser similar a lo que se observa en un ambiente hospitalario. Aunque en esencia sigue siendo una práctica tradicional se busca emular la dinámica y procedimientos de una práctica clínica, bajo el argumento que es resultado de la capacitación que se le ha impartido; así mismo, incorpora el uso de pomadas de patente y el uso de medicamentos de venta libre. Este tipo de partería tradicional se identificó más próximas a las zonas urbanas o próximas a algún centro de salud. De esta forma, se identificaron que este tipo de espacios de atención están construidos de material, cuentan con baño independiente e instalaciones más permanentes.

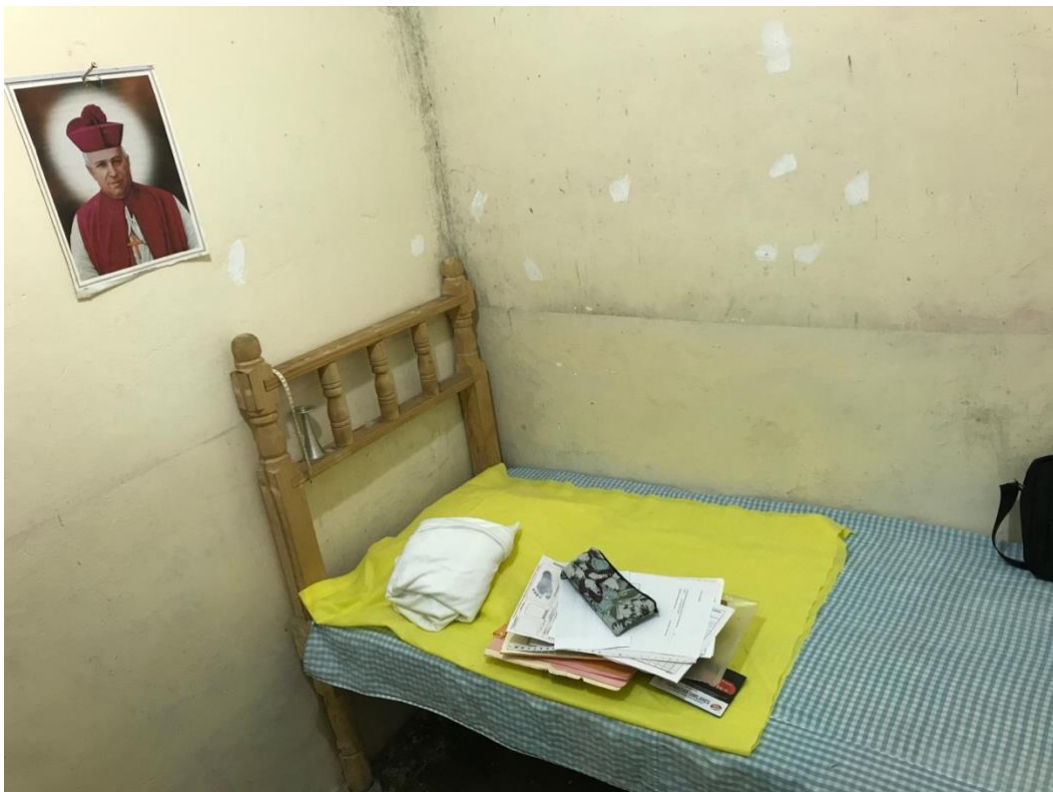
Espacio de partería tradicional rural:



Respecto a los remedios tradicionales, normalmente son elaborados por ellas mismas con plantas de recolección o que se cultivan en casa; cada una emplea de manera muy particular su propia fórmula de plantas, así como su muy particular método de preparación. Estos conocimientos refieren que son heredados de familia y aprendidos durante la práctica de medicina tradicional.



Espacio de partería tradicional con tendencia clínica:



Los materiales e instrumentos empleados pueden ser guardados en un botiquín, guardan cierto orden dentro de una vitrina. En este caso en particular se identificó el uso de cloro para sanitizar el piso, así como el uso de una autoclave para la esterilización del instrumental quirúrgico.



De los espacios de atención visitados solo se identificó uno que cuenta con un temazcal, el cual de acuerdo a la partera tradicional tiene por objetivo ayudar por medio de la medicina tradicional al equilibrio del cuerpo, la mente y el espíritu; así como ayudar en tratamientos de fertilidad, apoyar durante el tiempo de gestación y recuperación en el puerperio.



Imágenes religiosas: De igual forma se identificó en todos los casos el uso imágenes religiosas dentro de los espacios de atención, en sus relatos las parteras tradicionales refieren la importancia de incluir a “Dios” dentro de los espacios de atención, siempre hacen referencia al “encomendarse a Dios” y “ponerse en sus manos”.

En los espacios de atención visitados se identificaron dos tipos de manifestación religiosa, una imagen o altar en el interior de los espacios de atención, que desde su perspectiva es el que cuida la atención del parto. Así como un altar exterior, en que normalmente la gente del pueblo acude a orar o a encomendarse, como parte de una dinámica de la comunidad; el altar en sí es parte de la casa de la partera tradicional, pero su función es proteger hacia el exterior y dar “servicio” a toda persona que guste llegar a orar.

Las imágenes religiosas corresponden a quien se haya encomendado el altar, por ello es que cada altar adquiere la personalidad de cada partera tradicional y sus creencias religiosas. Ningún altar es igual, pero todos tienen la misma intencionalidad de cuidar y proteger.

De acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales, ellas le piden a Dios que todo salga bien durante el parto, que no exista ninguna complicación, que la madre y su hijo se vean con amor al conocerse; pero refieren que cualquier cosa que ocurra es la voluntad de Dios y ellas están obligadas a respetar. Es decir, de acuerdo a su perspectiva ellas ponen todo lo que está en sus manos para que cada niño nazca bien, pero siempre es la decisión de Dios en como se den las cosas. Finalmente, este es un significado colectivo asumido por la partera tradicional, por la mujer y su familia; en el cual, se deposita la confianza en la partera tradicional, ésta hace lo que este en sus manos, pero la voluntad de Dios siempre se impondrá.

Dentro de las imágenes que destacan, observamos las de la Virgen de Guadalupe, Virgen de Juquila, el Divino Niño, San Gerardo y la Virgen de la Concepción.

“Sí, bueno yo por mí, les limpio su barriga entera y le enciendo una veladora a la virgencita que sea, la de Juquila, a la que le tengan de ellas, y ya, me pongo a trabajar, en nombre de ella también, que nos de fuerza para hacer las cosas”. (PT007)



Material didáctico: Una característica particular que se identificó en las parteras tradicionales rurales, es la elaboración de material didáctico o elemento que le sirvan de auxilio para explicar a la mujer; refieren que hay mujeres que no entienden como es el proceso del parto, como tratar a sus bebés o como realizar la lactancia.

Una de las parteras tradicionales refirió emplear las muñecas cuando una mujer presenta dificultades para conectar emocionalmente con su hijo por nacer; indica que en esos casos es necesario que durante el embarazo o antes del parto es necesario enseñarle a la mujer desde como vestir al niño, como a cargarlo, como hablarle y como realizar la lactancia.

Esta situación tiene especial relevancia al ser una actividad en el terreno de lo terapéutico y es poco mencionado, al preguntarle a otras parteras referente a esta actividad refirieron conocer la actividad, pero no todas la realizan o buscan la conexión entre madre e hijo de forma verbal.

De igual forma, algunas parteras tradicionales refirieron elaborar material didáctico para explicar información sobre métodos anticonceptivos y salud sexual.



La forma de atención

El seguimiento del embarazo y la atención del parto al igual que los espacios de atención puede variar de una partera a otro, cada partera tradicional tiene su manera particular de atender y acompañar a la mujer durante su gestación, por lo que se buscó identificar las prácticas en común que pudieran ser representativas y descriptivas de la forma de atención.

La forma de atención se clasificó de acuerdo a tres tiempos: 1- Antes de parto,

Antes del parto

Primer contacto: La partera tradicional se identifica como el primer contacto de la mujer embarazada, es a ella a quien recurren para verificar si se encuentran embarazadas, varias parteras tradicionales refieren tener una habilidad especial para identificar con facilidad un embarazo, así como las condiciones de salud de la mujer embarazada. Esta situación adquiere mayor relevancia dependiendo del significado que esta noticia represente para la mujer; en algunas ocasiones puede ser significado como la consumación de su matrimonio, su reafirmación como mujer fértil para la familia; o de igual forma la mala noticia de “tener otra boca” más que alimentar. Así mismo, en adolescentes esa noticia puede representar la interrupción de sus estudios, un conflicto familiar, un plan no deseado o su incursión a la vida conyugal y su reafirmación social. En algunas ocasiones la noticia de un embarazo se convierte en un problema, como ocurre con mujeres cuyo esposo migró a estados Unidos, o cuando se compromete la salud de la mujer o cuando el embarazo es producto de un abuso sexual.

Ha habido casos en los que salen así, embarazadas de un novio, a veces optan ellas por provocarse un aborto, acuden a personas no preparadas... entonces pueden provocar un aborto, y esto desata una tragedia ¿no? Entonces si está uno a tiempo de hablar con ellas, puede uno evitarlo, somos su

pañó de lágrimas. Evitar que no aborte, porque hay veces que como no saben... hay veces que van con la partera, dicen: usted como es partera, ayúdeme a que me lo pueda yo sacar. (PT007)

La partera normalmente pertenece a la misma comunidad que sus consultantes, conoce la situación de salud de sus pacientes y logra empatizar con ellas puesto que la mayoría de las parteras han sido madres también, y han parido solas en su propia casa o con ayuda de otra partera, fortaleciendo así los lazos de confianza tanto en la supervisión del embarazo como en el momento del parto, el cual en la mayoría de los casos se logra sin ninguna complicación, siendo un evento de gozo tanto para la nueva madre y su familia como para la propia partera.

Ellos están hasta allá, y aquí sí una embarazada se siente mal, ¿a qué hora va uno a ir hasta allá? En cambio, ellas están aquí, son del mismo pueblo, y si ya te sientes mal, vas con una partera, te soba la panza o te hace un tecito para el dolor, para detener al bebé... (PT61)

Pues sí, y yo siento que me siento contenta porque al ver nacer otra vida, es como que cuando yo di a luz, di la vida por mis hijos, yo así me siento. (PT67)

Estos escenarios son resueltos por la partera desde lo emocional a lo funcional, es decir, además de dar orientación emocional de igual forma canaliza a la institución de salud; da aviso a la institución en caso de ser un embarazo que requiera una atención especial para su valoración, y orienta a la mujer embarazada sobre los cuidados que debe tener sobre ese embarazo. Este primer contacto con la partera, también es el primer contacto de la mujer con una realidad relacionada con el embarazo y la maternidad que le resulta desconocida; la partera tradicional se convierte, entonces, en su acompañante en esta transición.

Acompañamiento: El seguimiento del embarazo dependiendo de la condición de este, puede ser llevado por la partera tradicional a la par de la institución de salud; consta de revisiones periódicas en las

cuales la partera revisa que el crecimiento del feto sea adecuado, que no existan signos de alarma o alguna amenaza, que los signos vitales de la gestante sean adecuados. La partera tradicional escucha el latido de corazón del feto con un estetoscopio de Pinard, con un suave masaje con aceite identifica que la posición sea adecuada de acuerdo al tiempo de embarazo, y así mismo hace exploración visual de la mujer embarazada.

...las empezamos a checar como van y si vemos que está mal la criatura, que está sentado, está parado o está atravesado, pues hay que buscarle, entonces las mandamos a otro lado, las que podemos componerlas, las componemos, las que no, las mandamos a otro lado, esa es la responsabilidad de nosotras, ya la que viene efectivamente, y se siente que va a pasar, pues la pasábamos. (PT087)

El seguimiento también continúa en lo emocional, siempre la partera tradicional pregunta *¿y cómo estas hija?*, y normalmente abre la plática dependiendo del impacto y significado del embarazo para la mujer; a decir de la partera *la salud emocional es muy importante para el desarrollo el bebé*. Por lo que los lazos de confianza entre la partera y la embarazada deben ser fuertes y bien establecidos.

hay embarazadas que incluso pueden ocasionarse hasta un suicidio, si salieron embarazadas, y emocionalmente uno ayuda a esa persona, y ayuda a la familia a que no haya conflictos. (PT083)

La atención del parto y emergencia obstétrica

La atención del parto: Cuando un parto es atendido por la partera tradicional de forma “normal”, es porque previamente ya se ha acordado con la familia y la mujer embarazada, entonces acuden a la casa de la partera ante los primeros signos de trabajo de parto y se quedan ahí bajo el cuidado del esposo, de la madre o hermana de la gestante y, por su puesto, bajo la supervisión constante de la partera. Un trabajo

de parto puede durar de ocho a diez horas en mujeres primigestas y dos o tres horas en multigestas. Durante ese tiempo la partera está pendiente del trabajo de parto, revisa signos vitales de la mujer y del bebé, da palabras de aliento a la mujer gestante y va dando indicaciones a la familia de cómo ayudar en el trabajo de parto. Así mismo, la partera verifica que su material esté completo, esteriliza los instrumentos a emplear y verifica que la familia haya llevado lo solicitado por la partera: muda de ropa para la madre, bata para dormir, sandalias, cobija y ropa para él o la bebé. En algunas ocasiones la partera les solicita tener algún vehículo disponible para trasladarla al hospital en caso de que se presentara alguna complicación.

Yo por eso cuando las empiezo atender les digo que deben de tener dinero, les digo, si aquí no se pueden aliviar, si vemos que está complicado, se tienen que ir al hospital y pues deben de tener su dinero, por esos son 9 meses, que empiezan, tienen que ahorrar, digo por lo menos si no se van aliviar aquí, tienen que tener para el taxi o para la camioneta, para que se vaya rápido al hospital. (PT066)

Responsabilidad integral: La responsabilidad de las parteras va más allá del recibimiento del bebé y la intervención desde lo emocional; sino que, en ocasiones la partera tiene que conseguir alimentación de la mujer embarazada y sus acompañantes, además ropa, pañales y otros insumos para el recién nacido, ya que ante la emergencia es común que ni la madre ni la familia prevean este tipo de recursos; a pesar de esto, la partera se moviliza para brindar una atención rápida, oportuna, respetuosa y amorosa.

La preparé, como si hubiera estado en una clínica, no llevaba nada de ropa para el bebé, tuve que conseguir con mis vecinas, a ella le hice su caldo de pollo, su pan tostado, y a la chiquita la bañe, o sea, la preparé bien... (PT050)

En casos donde el riesgo es mayor; ya sea porque la partera no conoce a la futura madre, nunca tuvo seguimiento de su embarazo y desconoce su situación de salud, o porque hay una mala posición del

bebé que no puede ser resuelto por la partera, se detecta placenta previa, o signos y síntomas de alarma que comprometan la vida de la madre o el producto; la partera canaliza a la paciente al hospital más cercano para lo cual proporciona volantes de derivación, siempre que el tiempo lo permita, o acompañando de emergencia a la mujer en trabajo de parto para explicar al médico la situación, y agilizar su atención.

A veces se siente uno mal, les dice uno: no yo no me comprometo, vámonos para el hospital y a veces unas no quieren, dicen “no, tú vas a ir conmigo porque luego no nos reciben muy bien”. Va uno a decirles, a encargarles y eso todo, ya yo me retiro, ya ellos la recibieron, ya quedó en sus manos, nosotros no valemos nada, ya vamos para afuera, a nuestro rumbo, o esperamos que la revisen, ya nos dicen cómo va y a qué hora y entonces ya nosotras nos retiramos, yo así las entrego. (PT069)

Emergencia obstétrica: Los partos atendidos por parteras tradicionales son cada vez son más escasos; en la mayoría de las ocasiones las mujeres son canalizadas a instituciones de salud con el argumento de que *“cada vez los partos vienen mas complicados”*; sin embargo, en conversaciones informales han referido que la institución de salud ya no les permite atender y que hacerlo puede convertirse en un conflicto. Por lo que la atención del parto lo han ido reservando para familiares, personas muy allegadas a la partera tradicional y casos de emergencia donde la embarazada ya no alcanza a llegar al hospital.

Ahora nos dejan llevarle su control y todo con el médico y nosotros, pero ya la atención de partos no, ya no nos dejaron atenderlos, porque dicen que ahora los partos vienen complicados y “x” cosa, que mejor junto con el doctor veamos. (PT049)

Así que refieren que algunas mujeres que se resisten a la atención institucional, pueden esperarse en sus casas hasta un avanzado trabajo de parto para acudir con la partera, y de alguna forma forzar u

obligarla a atender el parto; y como esa situación “justifica” la atención del parto ante la institución de salud, la partera accede.

Le digo, son mañositas también, cuando no se quieren ir al hospital, se aguantan, se aguantan, ya para cuando llegan contigo, ya está en expulsivo. (PT068)

Las parteras tradicionales refieren que la mayoría de estos casos son por el miedo de las mujeres a ser maltratada por el personal médico, a ser intervenida quirúrgicamente, a que le realicen una episiotomía, y en el peor escenario, a no ser atendida por falta de médicos o por la saturación del servicio; pues refirieron que el hospital no cuenta con el personal necesario ni con quirófanos y camas suficientes.

Luego dicen, “ay no, yo no quiero ir al hospital me van hacer esto, me van hacer lo otro”, quieren que las atendamos aquí, lo bueno que las atendieran bien, que les llamaran bien, pero pues se aguantan que no se quieren ir, porque las tratan mal”. (PT085)

... que siquiera cuando lleguemos al hospital con nuestras embarazadas nos reciban, porque a veces vamos, no, pues llévatela, allá se pueden porque aquí no hay camas, y esto y el otro, y también uno se siente uno mal que así le digan a uno, o ver que los niños nacen ahí en el baño o afuera en el pasillo. (PT067)

De esta forma, las parteras son llamadas de emergencia para acudir a la casa de la mujer en trabajo de parto, o son visitadas en sus casas. Ante esta situación la partera no puede negar la atención, la cual se brinda de manera emergente; en ocasiones los partos tienen que ser atendidos incluso dentro de los vehículos, taxis o camionetas de transporte rural, pues es prácticamente imposible movilizar a la embarazada ya que se encuentra en etapa de expulsión; ante tal situación la partera refiere procurar las mejores condiciones emocionales y de higiene, colocando lienzos para realizar un parto limpio en la medida de sus posibilidades, procurando el bienestar tanto de la madre como del recién nacido, pues de no hacerlo la vida de ambos podría verse comprometida.

... y llega la señora tocando, eran las 7 de la mañana, y dice “Doña, Doña, le traigo a mi nuera que dice que quien sabe qué cosa tiene”, la llevaban enredada en un zarape, y cuando vi, ya venía saliendo, le dije: oiga, eso no se hace, porque si le pasa algo a su muchacha, a mí me van a echar la culpa, no me dio tiempo ni de meterla, en mi corredor, pues lo siento, le tendí la mitad de su zarape, se lo tendí, la señora a los gritos, es que ya venía saliendo la criatura, lo bueno, que yo mis cosas las tenía preparadas y todo y pues ya no me dio tiempo, ahí la atendí a la mujer, gracias a Dios pues nació bien la criatura. (PT050)

La recuperación después del parto

Atención posterior al parto: El trabajo de las parteras no sólo se limita a la atención del parto, sino que dan un seguimiento durante la cuarentena (puerperio), periodo posterior alumbramiento durante el cual la madre se encuentra en reposo para evitar complicaciones futuras y para recuperarse del agotamiento del embarazo y trabajo de parto. En este periodo se llevan a cabo usos y costumbres propios de cada comunidad, como los baños de temazcal, vaporizaciones, baños con hierbas de calidad caliente, cerrada de cadera, sobadas y caldeadas con compresas para evitar el “frío interno”.

Yo soy una persona que así soy, ¿pues qué está pasando? Su baño diario, dos veces al día, con sus hierbitas, atendiéndola, yo soy muy consentida con mis nueras, como las quiero, y limpias, bien limpiecitas, no las dejo que se muevan, llevándolos de comer a su cama, y párate nada más camina, para que tu útero se llegue a su lugar, pero tú no vas hacer quehacer... (PT022)

Dentro de las actividades de las parteras se incluyen visitas programadas a las madres y recién nacidos para llevar un seguimiento e identificar alguna señal de alarma que implique la derivación a los servicios de salud. Dentro de estas visitas a las puérperas, las parteras llevan algún presente a las familias: frutas, tortillas, atole, comida o algunos otros insumos de los que se puedan beneficiar.

... si, si, y yo les digo tiene que comerse todo lo que le doy, porque si no, entonces quiere decir que no estas contenta de que yo te atendí, tienes que comerte todo y si no te lo llevas, yo pues trato de darle algo que a ella la nutra, su caldito o atole...(PT040)

Algunas refieren que incluso en algunas ocasiones es labor de la partera lavar las sábanas y ropa utilizada durante el parto, así como hacer tortillas, cocinar y atender a la familia de la mujer que parió por lo menos los primeros 7 días después del parto, para apoyar a la nueva familia en el caso de las madres primerizas, o para aligerar la carga de labores domésticas en caso de existir hijos previos.

... antes ni siquiera conocimos un pañal desechable, ahora que la paciente ya se alivió, le digo: pues ahora deme un costalito para echar todo lo que ensució la paciente que ya se alivió, la cambiamos, la acosté en su camita y todo. Ya de mañana, que ya amaneció, y ya que arreglé a la paciente, que dice su esposo “pues ahora por favor va usted a lavar la ropa”, y de veras a lavar la ropa, de la misma cuenta de los que nos pagaban. (PT031)

Seguimiento del puerperio: Como parte de la visita de seguimiento verifican el proceso de recuperación de la madre: que su útero se encuentre en buena posición, con buena temperatura, con tono y consistencia muscular adecuado, revisan que no haya hemorragia, mal olor, temperatura o algún indicio de infección.

En cuanto al recién nacido, observan la evolución del cordón umbilical, que se encuentre con las medidas de higiene necesarias, que su alimentación sea la correcta, y que sus cuidados sean adecuados. Instruyen a las madres sobre cómo se debe de llevar a cabo la lactancia, los masajes tradicionales que deben realizar en los senos para que “baje la leche”, así como el uso de algunas plantas medicinales que pueden ayudar con la producción de la leche materna.

En la mayoría de las ocasiones es la partera quien se encarga de realizar los baños postparto a la madre, que se acompañan con sobadas y manteadas con rebozo, proceso que adquiere gran importancia,

pues en diversas comunidades se considera que las mujeres que reciben buenos cuidados durante este periodo, conservan buenas condiciones de salud y de fertilidad.

...no solo atendió el parto, sino que también está cuidando a la parturienta para quede bien, y ya es partera y médico tradicional, porque sabe de algunas hierbas, algún té. Algunas hasta dicen: me gusta mejor atender mi parto con una partera, porque hasta quedo con mi barriga seca. (PT049)

Resalta también el acompañamiento emocional que realizan las parteras durante los primeros días, dando pláticas sobre cómo es el proceso de adaptación a la maternidad cuando se es madre por primera vez, siendo así como una segunda madre, una abuela o una compañía incondicional y de absoluta confianza, realizan también consejería sobre los cuidados básico al recién nacido, desde cómo debe ser bañado y arropado, hasta el tipo de alimentación en caso de que no se pueda alimentar con leche materna.

nosotras tenemos ya, les enseñamos las técnicas para amamantar al bebé, para que lo crezcan con su leche, y la leche no comprarla, es decir, la fórmula, carísima que está, debe estar como en... no sé, ni idea, pero debe estar carísima, porque todos se quejan, entonces les damos consejo para que tengan más leche, como darle al bebé, todo eso, nos prepararon pláticas para la lactancia materna, las técnicas para amamantar, desde el embarazo hasta el tercer mes, decirles cómo van a preparar sus pezones, porque hay muchachas que no tienen el pezón formado y pobre niño quiere comer, y no encuentra como succionar, porque pues están planas, y uno les va enseñando como después del tercer mes como empezar a prepararlo, y les ayudamos a las familias económicamente, nosotras, bueno yo así lo creo. (PT082)

La mayoría de los discursos giran en torno a un servicio que podría ser significado como una madre protectora, de la mujer gestante y del neonatos, en muy pocas ocasiones hicieron alusión a parteras que hicieran su servicio de una forma inadecuada, si mencionaron casos aislados de parteras que han

regañado y maltratado a mujeres embarazadas; sin embargo, refieren que se han llegado a enterar pero que no tienen suficiente información como para dar una opinión al respecto.

Vínculos e interacciones

La partera como soporte y acompañamiento

La partera tradicional se ha convertido en una figura de gran importancia en el acompañamiento del embarazo y los primeros días después del parto, es una agente de primera consulta cuando la paciente se sabe embarazada o cuando tiene dudas sobre su diagnóstico; las usuarias tienen mayor confianza con las parteras para platicar sobre sus retrasos menstruales, ciclos irregulares, infecciones vaginales o de transmisión sexual. Acuden a ellas cuando experimentan dudas, cuando se sienten temerosas ante alguna situación derivada del embarazo o postparto, debido a que sienten mayor empatía por parte de las parteras que de los médicos hospitalarios.

*Porque la persona, a veces se le detiene su regla y lo primero que hace, es ir a platicar con una, con la partera, mira me pasa así, así, así, ¿tú cómo ves? Somos a veces las primeras que nos van a ver.
(PT040)*

Las parteras tradicionales refieren que las mujeres que les consultan se sienten más respetadas por las parteras que por los obstetras; les resulta incómodo acudir a consulta, despojarse de su ropa interior y permitir la inspección cuando es un varón quien las revisará; en cambio, con una partera se sienten en confianza, incluso puede ingresar a la consulta la pareja o acompañante de la paciente, siempre y cuando ésta lo permita, creando así un ambiente cómodo y seguro para la atención.

...le traemos aquí, que ya se va aliviar, le digo ¿y ora?, dice pues que se quiere aliviar con usted, no quiso en el seguro social, y como tengo allá el cuartito y eso, pues allá me la lleve, y me dice la mujer, ellos se quedaron afuera, y yo me la pase para dentro, y que cree que dice la mujer: “es que no voy a dejar que me vea este pinche viejo” [el médico del centro de salud], órale pues, entonces la metí, y ahí se alivió. (PT034)

En muchos de los casos es también la partera la que se encarga de acompañar a las mujeres que sufren algún tipo de violencia familiar, sexual, física o psicológica, pues las pacientes acuden directamente a ellas en busca de consejería y ayuda, ya que se sienten escuchadas, no juzgadas, y saben que la información que proporcionen es confidencial. La partera funge como figura materna para muchas pacientes, quienes se sienten protegidas, respetadas y amadas por ellas; la partera las acompaña durante estos procesos y las auxilia a encontrar la mejor opción para resolver sus dificultades, siempre pensando en su bienestar tanto emocional como físico.

Sí, yo también digo que una partera es una psicóloga, es una madre, una hermana, porque con usted llegan y le dicen que a veces que el marido las maltrata, en que forma fue concebido el bebé, y que clase de vida llevan durante su embarazo, uno también la hace de psicólogo. (PT040)

El vínculo social

El rol que juega la partera dentro de sus comunidades no sólo recae en el hecho de recibir a un niño o a una niña, sino que, para las usuarias y sus familias, la partera es una persona de sabiduría y confianza a la cual podrán acudir sin importar los horarios, pues siempre serán recibidas y orientadas por ella.

.... Entonces ayer me habló pues una amiga, me dice, pues usted háblele, usted convénzala, porque dice que lo que usted diga, eso va hacer. (PT040)

Cuando una familia elige a una partera para que acompañe el embarazo, se genera un vínculo con ella pasando a formar parte de la historia familiar; se crea un lazo afectivo entre ambas partes, y se comparte el proceso de gestación como un evento único, no importa que la madre sea primeriza o multigesta, cada embarazo es distinto y se le trata como tal, la partera adquiere un papel primordial durante este proceso, velando por el bienestar de la madre y el bebé, se convierte en una orientadora familiar, en una orientadora de salud, y para muchas familias en una orientadora de vida; en muchos casos se le otorga el poder de decisión antes situaciones emergentes o desconocidas y ante las cuales las familias no saben como reaccionar.

... tranquilizarlos porque a veces si es medio tedioso tener que.... llega la embarazada, que es la principal, la embarazada quiere una cosa, después llega el esposo, el esposo ya quiere otra cosa, después llega la familia de la mamá, porque a veces así pasa, esos ya quieren otra cosa, y así, entonces si tienen que lidiar mucho con eso, ayudarlos a tomar una decisión, bueno en algunos casos, en algunos casos creo que es más fácil. (PT058)

Para muchas parteras cada niño que nace con ellas, es parte también de su familia, se le cuida y se le procura como si fueran sus propios hijos o nietos, dándole a cada uno un lugar especial. Las parteras refieren que muchas madres una vez nacido el niño o la niña, les piden sean las madrinas de bautizo, de tal manera que el vínculo que se genera entre partera y bebé no se interrumpa. Algunas son llamadas “madrinas de ombligo” por que son ellas quienes cortaron su cordón umbilical.

las parteras somos las mamás, no sólo de nuestros hijos, sino de la enferma que nos busca para atenderla y de su bebé también, venimos siendo como las mamás de la comunidad. (PT031)

A nivel comunitario las parteras figuran como personas de conocimiento y de respeto, que poseen sabiduría y que en muchas ocasiones son las encargadas de conservar las tradiciones y simbolismos

comunitarios, como el ritual de siembra de ombligo y de placenta, con el que según las creencias de algunas comunidades se siembra una vida llena de bendiciones al recién nacido.

En casos particulares las parteras son las encargadas de la crianza de niños o niñas abandonadas por sus madres y padre, adoptándolos e incluyéndolos en sus propias familias a fin de que no sufran abandono, maltrato o la muerte, manteniendo así un equilibrio en el tejido social.

“La muchacha lo tuvo allá en la casa de mi mamá, y cuando nació, decía que se le quedara la niña, y dice mi mamá “pues vela cuando menos, y ya tú decides, pero vela”. (PT084)

La partera tradicional también vela por el bienestar comunitario, no sólo procurando una buena práctica como partera, sino involucrándose en acciones comunitarias como la orientación sobre la salud sexual y reproductiva, asesorando y aplicando métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes a fin de evitar embarazos tempranos, que trunquen su educación y crecimiento. Evita las muertes maternas desde la información oportuna, abordando temas como los riesgos a los que se someten las jóvenes que intentan abortar ante un embarazo no planeado y no deseado, orienta sobre las acciones que se deben seguir ante un abuso sexual, brindan acompañamiento emocional en condiciones de vulnerabilidad, es decir, la partera realiza mas acciones sociales y comunitarias que las propias instituciones de salud.

Que no se provoquen el aborto, o que busquen otra solución, pero ya uno, ayudándoles emocionalmente, aconsejándoles, y dándoles sus conocimientos para evitarlo... si uno sabe cómo llevar la consejería a la mujer, obvio que vamos ayudarla, le podemos hablar de planificación, le podemos hablar de infecciones de transmisión sexual, porque nos están capacitando para darles consejería y decirles todos los riesgos. (PT086)

Relación con la institución de salud

Existen programas institucionales que acogen la práctica de la partería y promueven capacitación constante de las parteras con el objetivo de disminuir el riesgo de muertes maternas y de recién nacidos. Cada institución posee un censo de las parteras en activo y su productividad. Para las parteras pertenecer a este censo significa salir del anonimato y adquirir un reconocimiento institucional, el comunitario ya lo poseen, que las haga sentir menos excluidas y menos marginadas.

Yo creo que es un equipo, de la institución y las parteras, porque las instituciones a lo mejor nos capacitan para poder llevar un parto feliz, entonces yo creo que, las parteras sin la institución a lo mejor no seríamos lo que somos, ahorita que estamos aquí capacitadas, igual la institución sin parteras, pues a lo mejor nada mas como les lleguen las van a atendiendo, pero no llevan, que digan no pues ya me checó la partera y me dice que ya tengo trabajo de parto. Yo digo que es un equipo tanto la institución como las parteras. Son las acciones en conjunto. (PT040)

A decir de las propias parteras tradicionales, en la actualidad la práctica tradicional aún sigue siendo demeritada y desvalorada por parte de algunos médicos y personal de salud, quienes generan en ellas la sensación de “valer menos”, ya sea por su condición socioeconómica o muchas veces por no haber tenido la posibilidad de estudiar. Algunas parteras refieren que comúnmente se emiten comentarios por parte del personal de salud hacia las gestantes, refiriéndose a los conocimientos de las parteras como faltos de certeza, improvisados y que ponen en riesgo la vida de la madre o la del niño o niña.

que no le digan a la mujer: no vayas con la partera porque te va a matar al hijo, te lo va a lastimar, entonces, ¿eso qué es? Ahí es donde la partera perdió el empoderamiento, o sea, yo sí, la verdad, ahí si ya me da cosa, me da miedo la verdad, porque digo bueno, aquí dice esto y a veces una palabra negativa si afecta, como dicen. (PT021)

yo soy de fortín y ahí les decía a las parturientas, no vayas con la partera porque te va a matar tu bebé, no vayas a la partera porque te lo va a ahorcar, si trae el cordón enredado. (PT044)

De tal manera que la incorporación a programas de capacitación les resulta atractivo por la ilusión de ser aceptadas en el sistema sanitario, proveyéndolas de información que, a decir de algunas parteras, cada vez las aleja más de las prácticas tradicionales de sus comunidades y desnaturaliza el acto de parir, pero que deja en ellas la sensación de ser “parteras modernas” como lo referido por algunas parteras en relación al uso de medicación para facilitar el trabajo de parto; como es el caso de las parteras tradicionales con tendencia clínica.

Entonces yo me acuerdo que antes yo, usaba té, tecitos, después se me hizo bien fácil y bien moderno usar oxitocina y era más rápido el trabajo de parto. (PT043)

Sin embargo y a pesar de las recomendaciones del personal de salud, ya sean médicos, enfermeras u obstetras, la actividad de las parteras es un servicio que las mujeres tanto embarazadas como no gestantes siguen buscando, en gran medida por la confianza que depositan en ellas, porque consideran que el servicio es adecuado y oportuno, por la cercanía domiciliaria para la atención de urgencias y también porque corresponde a un comportamiento tradicional arraigado en las distintas localidades.

Pues en Río Blanco hay una doctorcita, en el centro de salud, que les dice a las pacientes que no vayan con las parteras, porque nosotras no sabemos, a todas les dicen que no vayan con las parteras, pero hay mujeres que como nos tienen confianza, pues van, van con nosotras y ya las revisamos. (PT047)

La actividad que realizan las parteras es de gran aporte a las instituciones de salud, pues se encargan de realizar visitas casa por casa para obtener censos de población gestante, donde se recaban datos como ubicación geográfica, edad, número de embarazo, y se identifican factores de riesgo para la madre, como signos y síntomas de hipertensión, hiperglicemia, anemia, desnutrición, entre otros, cuando se encuentra alguno de los factores son enviadas a los centros de salud u hospitales más cercanos, dentro

de sus actividades incluye el seguimiento a esos casos y el reporte de toda la información recabada a la institución de salud.

hoy me voy a ver a Chonita, mañana me voy a ver a Juanita, a esta le checo la presión, veo si no tiene principios de preclamsia, si no le dan mareos, si no le dan vómitos, si no tienen dolor, y yo el día de la reunión vengo y digo, no pues visite a fulana, visite a sultana y está así, está así, la vi hinchada, la vi pálida "x", o tiene su presión arterial alta, y ya el médico, bueno pues nos vamos a programar tal día nos vamos a ver a esta, tal día a esta, dice la partera que tienen problemas, o la citan y ya la asistente rural se encarga de buscar a esa embarazada y decirle: vas a ir con el médico tal día, pero porque nosotros también ya detectamos alguna anomalía. (PT068)

De tal forma que la partera se encarga también de realizar actividades de trabajo social sin recibir remuneración, cubriendo actividades propias de las instituciones y para las cuales en la mayoría de los casos no cuentan con el personal suficiente para realizarlo. A decir de algunas parteras, la institución las alienta a seguir con el servicio de recolección y reporte de información básica de seguimiento y derivación de las embarazadas, motivándolas a acudir a sesiones de capacitación, y al mismo tiempo les impide su ejercicio como parteras.

Es que van al hospital, y también les dicen: mira, no te confíes de una partera, no dejes que te atienda una partera... y ahí entra una polémica, ¿cómo es eso que nos tienen en cuenta en el hospital y nos echan grilla? (PT082)

Yo tengo 26 años atendiendo, bueno de que empecé tiene 26, de que me cortaron las alas tiene como 10 años más o menos (PT085)

Algunas participantes mencionaron que este tipo de comportamiento por parte de las instituciones de salud, generan en las usuarias la sensación de ser vistos como personas de bajos recursos, no solo económicos, sino también intelectuales, incapaces de tomar una adecuada decisión.

Es que como estamos en un pueblo, piensan que somos más ignorantes, pero realmente no, bueno ellas que llevan más años, saben más que una enfermera que nada más va de aprendiz, que no sabe nada... (PT062)

Yo creo que nos frenan, frenan esto de no atender partos, porque nos creen ignorantes, incapaces (PT020)

Sin embargo, existen personas que siguen y seguirán confiando en la actividad de las parteras tradicionales como un agente primario de atención en materia de salud reproductiva y sexual, las consideran guías y recurso indispensable para que la práctica y enseñanza de la partería tradicional no muera en sus localidades.

Es como ahorita, bueno yo mi forma de pensar es que, si ellas saben, verdad, porque no son nuestras maestras, y a nosotras que no sabemos, nos podrían enseñar verdad, para que también así esto de la partera tradicional no se perdiera. (PT064)

Sin duda la partera puede ser un agente de gran importancia sanitaria y social cuyo servicio llega mucho más allá de las fronteras de su localidad que, a decir de algunas, se ve privada de sus servicios de partería por el peso de la institución.

mi mamá ha trabajado ese tipo de trabajos y ha sido discreta, que ya no nos atendió a nosotros por lo mismo que ya no han permitido que se alivien en los ranchos, porque nosotros somos de la comunidad más lejana del municipio, entonces ya no nos aliviamos allá, no porque la partera no sea buena, sino porque el motivo mismo que ya no nos dejan aliviarnos allá (PT91)

Conclusiones

Con base a los datos analizados a partir de la información recabada, se llegaron a las siguientes conclusiones, las cuales permitieron tener una imagen del contexto en el cual las parteras tradicionales se relacionan y crean sus significados.

1. La accesibilidad de los servicios de salud institucional, puede ser determinada por las condiciones geográficas y de marginación.
2. Las parteras tradicionales se identifican de acuerdo a un nivel de apego a la práctica tradicional o una tendencia a lo clínico como consecuencia de la capacitación y modelos a seguir.
 - a. Las parteras tradicionales con tendencia clínica se identifican con un mayor poder adquisitivo, tiende a atender con base a modelos médicos, con mayor cantidad de instrumentos, dentro de espacios independientes y de infraestructura sólida.
 - b. Las parteras tradicionales rurales con menor poder adquisitivo, atienden con un método mas apegado a lo tradicional, menor cantidad de instrumentos, remedios herbolarios de medicina tradicional, frecuentemente en espacios improvisados, de madera o al interior de la vivienda.
3. Las creencias y significados religiosos se manifestación a través de los altares dentro de sus espacios de atención son constante en todos los casos. Desde sus significados, son elementos de protección y buen augurio.
4. Se identifica como actividad de importancia el elaborar material didáctico que le permita a la partera tradicional ofrecer explicación, ayuda y apoyo a las mujeres de su comunidad sobre temas referentes a su salud reproductiva.

5. En el vínculo establecido entre la partera tradicional y la mujer que le consulta se manejan códigos de confidencialidad y de lealtad; a diferencia la relación de la partera tradicional con la institución de salud que tiende a ser impersonal y conflictiva en algunos casos.

6. La actividad de la partera tradicional es vinculante con las familias y la comunidad, se establece un contrato social de compromiso a través lazos de confianza, se generan lazos de parentesco y de lealtad mutua.



Cuadro resumen

Tema	Subtema	Veracruz	Zona muestra
<i>Ejercicio de la partería tradicional</i>	Espacios de atención	Partería tradicional rural Partería tradicional con tendencia clínica Imágenes religiosas de protección Material didáctico para transmitir	
	La forma de atención	Antes del parto, el contacto El parto, la trascendencia La recuperación después del parto	
	Vínculos e interacciones	La partera como soporte y acompañamiento El vínculo social Interacción con la institución de salud	
<i>Conclusiones</i>	<p>La accesibilidad a servicios de salud puede ser afectada por condiciones de marginación</p> <p>Se identifican parteras con tendencia clínica y parteras tradicionales rurales</p> <p>Las creencias y significados religiosos están presentes como una constante</p> <p>Se identifica como importante la trasmisión de información reproductiva a las mujeres de la comunidad.</p> <p>Entre la partera tradicional y la mujer se establecen códigos de confidencialidad, apoyo y lealtad.</p> <p>La actividad de la partera tradicional se vincula con la vida de la comunidad.</p>		

4.3 Significado del Ser y Quehacer de la Partera Tradicional

La significación de la partera tradicional a partir de los relatos puede ser entendida desde tres dimensiones, a) Ser partera tradicional, que enmarca aspectos de tipo ontológico; es decir, características propias o integradas al ser de la partera tradicional, como ser poseedora de un don divino, su habilidad para generar resoluciones y su conocimiento transgeneracional. b) Hacer tradicional, que se refiere al contexto escenario de la práctica tradicional, el contacto con la mujer y su vinculación social; y c) Vinculación con la institucionalidad, que hace referencia a la interacción de esta práctica tradicional con la institución de salud, el reconocimiento, la resignificación y la mutua colaboración.

Ser partera tradicional

El Ser partera tradicional es interpretado como un don otorgado por Dios (dependiendo su creencia religiosa), que implica el desarrollo de habilidades de resolución, así como la puesta en práctica la experiencia como partera tradicional; que en este sentido, el fin último de la partera tradicional es velar por el bienestar de las mujeres y los nuevos integrantes de la familia y la comunidad. Este servicio tradicional es correspondiente a un contrato social establecido, en el que la comunidad deposita su confianza en la partera tradicional, ella ejerce sus habilidades de resolución y pone en práctica su experiencia; haciendo honor desde su perspectiva a los saberes heredados por sus ancestras y al Don que Dios le confirió para otorgar el servicio.

Poseedora de un Don

Desde la construcción social de la parteras tradicionales, *Ser poseedora de un Don* se refiere desde sus creencias religiosas a un don que Dios les ha conferido para ejercer la partería tradicional, ello implica el servicio a la comunidad, a la familia y la mujer; con la finalidad de recibir con bien a los nuevos integrantes en su tránsito de su vida intrauterina al nacimiento en este plano; desde su perspectiva, es mantener con bien la vida de la mujer y el niño en el acto de nacer, de dar vida.

nos gusta nuestra profesión, para mí es una profesión, yo le llamo de esa manera, es algo con lo que se nace, es algo que lo traemos, es como usted, si canta, ya trae un don, Dios le dio en su voz un don, a lo mejor a nosotras ese fue el don que nos dio, dar vida a la vida, o ayudar a dar vida a la vida...". (PT068)

En algunas ocasiones este don otorgado por Dios se ha significado como un destino y misión de vida que supera la capacidad física o la voluntad de quien lo recibe, sin que ninguna disposición externa o circunstancial pueda contravenirla. Existe una conexión con la comunidad, con la mujer y con el embarazo, lo cual es parte de esa misión divina que les fue conferida de salvaguardar la seguridad de las mujeres y los siguientes integrantes de la comunidad.

"...Cuando Dios me mande a traer, o que ya no pueda yo, ahí sí, quédate mundo porque ya no pude, pero mientras pueda yo ... me gusta, me gusta esto, y tengo en mi mente que tal día voy hacer mi tarea, tal día la voy a entregar [la vida], y eso es mi gusto, ahí ando todavía y digo, Dios me da mi vida y me da mi salud, los días que viva yo, los entrego al servicio...". (PT069)

Este don divino también se identificó como una particular sensibilidad de las parteras tradicionales para percibir el estado de salud del embarazo, de la mujer y neonato; reconociendo signos de alarma y permitiendo una pronta intervención en caso requerido. Esta misma sensibilidad también les

permite comprender el estado emocional de la mujer embarazada, lograr una mejor conexión y empatía con ella; esto les permite distinguir alguna situación emocional que comprometa el estado de salud de la mujer o el embarazo.

Habilidad de resolución

A la par de ser poseedoras del don divino que les permite tener en sus manos la capacidad de identificar factores de riesgo en el embarazo, se identificó la capacidad de reacción y habilidad de resolución de dificultades en el embarazo ante amenazas o situaciones adversas. Algunas de las parteras ya mayores de edad son reconocidas en su comunidad por su habilidad para atender y resolver partos de alto riesgo o de emergencia obstétrica. Lo que desde su perspectiva identifican con el denominador de “partera chingona”, el cual hace referencia a parteras tradicionales que han logrado resolver partos con altas complicaciones y con recursos limitados. Además de que en su historial ante la comunidad no cuentan con algún caso de muerte materna o neonatal derivada de una mala práctica o negligencia.

En este sentido, las amenazas o situaciones de riesgo se refieren a condiciones circunstanciales a la mujer y su embarazo; como pobreza y mala alimentación, pero sobre todo a factores emocionales de la mujer o conflictos familiares que amenazan directamente al ejercicio del parto en condiciones adversas. Amenazas que pueden ser agravadas por una falta de condiciones higiénicas, de traslado o situaciones emocionales que provoquen alteraciones en el proceso del nacimiento.

“... yo atendí uno en una comunidad, el papá estaba muy enojado porque la hija había salido embarazada, y tenían una cocinita cercada de palitos, y pues fue en el suelo, estaba la lluvia, con una vela, y le decía, don vamos a meterla a su casa, está lloviendo, hace mucho frío, “no, las perras así se alivian, las perras así paren”, bueno para no hacérsela larga, nace el chamaco y se apaga la vela, y le grito a la señora: señora venga a prenderme la vela, y contesta el hombre, “no, pues si se muere el bebé, pues es un hijo de un perro, pues que se muera, ella no va a ir a prenderle la vela”.

*Entonces son cosas, que en ese momento a uno se le complica, se le complica la existencia...".
(PT043)*

Conocimiento empírico

Se entiende como empírico al conocimiento perteneciente o fundamentado en la experiencia, en este caso independientemente a lo interpretado como el don divino de atender, el conocimiento de las parteras tradicionales proviene de la experiencia heredada de sus ancestros y la obtenida durante el ejercicio de su labor; al igual que la interacción con otras parteras tradicionales, generando un conocimiento empírico colectivo y transgeneracional.

Se identificó que este conocimiento empírico se contrapone con el conocimiento teórico del personal médico de las instancias de salud; generando antagonismos en la forma de atender un a la mujer embarazada, con opiniones que pudieran ser polarizadas y divergentes.

En este sentido, las parteras tradicionales le otorgan un mayor peso a su experiencia como parteras tradicionales, que a su vez está fundamentada en la experiencia aprendida de su madre o su abuela por generaciones; que al conocimiento teórico del personal de salud, que en algunas ocasiones también desconocen las tradiciones de la región.

"Estimadas parteras tradicionales, sé que muchas de ustedes ya estaban atendiendo partos cuando yo apenas estaba naciendo..." (Coordinador general de zona, IMSS-Bienestar).

A partir de esta contraposición de conocimientos, se identificaron desacuerdos que derivan en conflicto, y en muchas de las ocasiones se manifiestan en violencia hacia la mujer y parteras tradicionales, como ya se verá mas adelante.

“... ¿Para qué quiero un título? ... Piden un papel, ellos tienen todo y no saben nada, entonces ¿para qué?...” (PT044)

Transmisión del Saber

La transmisión del Saber conformado por la experiencia de las parteras tradicionales en su mayoría es un bien heredado, frecuentemente por la madre o la abuela de la partera tradicional; ello no implica solo las técnicas de seguimiento y atención del parto; sino que los significados construidos en torno al parto tradicional, el contacto con la mujer y el servicio a su comunidad; es decir, la subjetividad implicada en el parto tradicional, la cosmovisión local y los conceptos sobre parto natural.

“... nosotras no tuvimos ninguna, al principio, ninguna teoría, más que lo que veíamos, que la abuelita hacía, y bueno, ella era mi espejo, o yo me veía en ella, mi abuela hace esto, yo también lo hago, pero porque ella no tenía una enseñanza avanzada, me enseñaba lo empírico que ella sabía...”. (PT068)

De igual forma en esta cadena de experiencia, la partera tradicional trasmite sus saberes a la siguiente generación de parteras tradicionales, que puede ser sus hijas, nietas o aprendiz de la misma comunidad. Poco a poco esta partera aprendiz se involucra con el conocimiento y la atención de mujeres, hasta que algún día ya se quede como responsable desde lo subjetivo y objetivo de la salud reproductiva de la comunidad.

“... y me decía: a usted la voy a dejar de mi reemplazo, usted va usted a atender mis embarazadas, le digo no, porque yo no voy a poder, dice sí, yo sé que, si va usted a poder, dice, usted va a tender mis partos, porque yo ya no puedo, porque usted va ir en nombre mío. Ahora hasta me acuerdo y me da alegría que estoy en su nombre, por eso yo siempre me acuerdo, y digo que si me dejo una encomienda tan grande...”. (PT069)

En este mismo sentido, los espacios de atención así como los instrumentos de trabajo, desde su perspectiva contienen la experiencia de cada embarazo y parto atendido, por lo que se convierten en bienes heredables en los que se materializa toda esta experiencia; objetos que a su vez pueden haber sido heredados por generaciones anteriores, dando una continuidad en esta cadena de experiencia transgeneracional de la partería tradicional.

“... me dio gusto y me llenó de ilusión mi corazón, por esa tía que me dejó una enseñanza tan grande, le digo que hasta la tijera me dejó, tú vas a tender, y mira, esta tijera es para ti, con esta tijera yo entendí. ¿Se acordará usted de doña María? esa, esa me dejó su tijera, y dice, usted va a trabajar en nombre mío. Y hasta aquí estoy...”. (PT169)

Cabe mencionar, que algunas parteras tradicionales refieren que progresivamente las siguientes generaciones han ido perdiendo el interés por la partería tradicional como parte de una desculturización; en la que los significados construidos han ido perdiendo sentido a lo largo del tiempo, fricciones con la institución de salud y cambios sociales.

Hacer Tradicional

Se identificó que un significado relevante del concepto de *partera tradicional* se relaciona con la actividad y el constante ejercicio de la partería tradicional; es decir que, la partera no “es” a partir de lo que inherentemente tiene o le fue heredado, sino que “es” a partir de lo que “hace”; el ejercicio mismo de la partería tradicional validado por el reconocimiento comunitario, es lo que hace que la partera sea una partera; la aplicación de este conocimiento así como la vocación y el compromiso de servicio es lo que, desde su perspectiva, hace que una partera tradicional sea una partera tradicional.

Contexto de marginación y pobreza

Es frecuente que, en la promoción y cuidado de la salud obstétrica, las parteras tradicionales se encuentren en contextos de pobreza y marginación, más acentuados en algunas zonas de las comunidades rurales. Algunas de las condiciones con las que se encuentran son la desnutrición, carencia de servicios y vías de acceso, por lo que dificulta el traslado a los centros de salud; en algunos casos son dos horas de camino hasta la clínica, tiempo que es vital ante una situación de emergencia.

Las parteras tradicionales relatan situaciones en las que la desnutrición afecta la salud de las mujeres gestantes y cómo esto puede conducir a situaciones de riesgo obstétrico. De acuerdo a sus relatos, esto adquiere especial relevancia para la salud de la mujer y el neonato por su situación de embarazo. Las condiciones de desnutrición, carencia de servicios y vías de acceso se han normalizado sin que ello deje de ser condiciones que comprometan el embarazo o el parto.

“... Ahora llegan las embarazadas a las 12 del día, con la presión baja, que el bebé no se les mueve, hija ¿ya desayunaste? Ya, ¿Qué desayunaste? Una galleta y un poco de yogurt, hija, eso no es un desayuno, y pues ahí también cambia, porque no están acostumbradas a comer, a desayunar...”.
(PT040)

“se complicó en el momento, tenía dos horas de haber nacido el bebé cuando empezó a convulsionar, pero pues dice que llevaba tres días que no comía, pues imagínese su glucosa como estaba, entonces yo en ese momento dije, le bajó el azúcar, entonces hay que darle algo...”. (PT068)

El tema del acceso a los servicios de salud adquiere varias dimensiones de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales, entre ellas, que algunas comunidades tienen dificultades de acceso a vías de traslado a otras comunidades donde se encuentran los centros de salud u hospital, ya sea por que los caminos se interrumpen por situaciones climatológicas, por la distancia o por que no hay transporte disponible en ese momento; sin embargo, en algunas situaciones el costo del traslado de

emergencia o rutinario dificulta que la mujer embarazada se acerque a los servicios de salud, y en estas condiciones considerar que una ambulancia se traslade a la comunidad no es una idea que se tenga presente.

“... a veces la falta de dinero, porque a veces no tienen, entonces para pagar un viaje especial al hospital, yo he observado que luego no tienen para pagar...”. (PS010)

Contacto con la mujer

De acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales el contacto con la mujer se entiende en dos aspectos: *a) Partera tradicional como madre protectora*, en la cual busca proteger a la mujer y al embarazo procurando subsanar las necesidades objetivas y subjetivas como una madre que cuida a otra mujer en su proceso de maternidad; y *b) Lazo de confianza y trato amoroso*, por el cual se establecen los lazos de confianza que dan seguridad a la mujer embarazada, favoreciendo a un parto sin complicaciones. En este sentido, se consideró relevante la gestión emocional estratégica ejercida por la partera tradicional en el manejo del parto y la supervisión del embarazo, no centrada exclusivamente en lo físico sino en el plano emocional y funcional de la mujer embarazada.

“...o sea, darle el amor de uno como partera hacia la embarazada, para que ella también sienta esa necesidad de que su hijo salga bien, todo va a salir bien...”.(PT049)

Partera tradicional como madre protectora

En un contexto de carencia y ante el riesgo constante de una emergencia obstétrica que derive en muerte materna o neonatal, la figura de la partera tradicional adquiere especial importancia como la mujer que protege a la mujer y al embarazo, que subsana de alguna manera esas carencias como una “madre que protege” a la madre gestante y a su hijo.

“... Pero hay mujeres que llegan a parir sin dinero, sin ropa, sin pañales para el bebé, sin nada, a veces hasta sin marido...”. (PT043)

En un plano objetivo y desde los relatos, es parte de una “responsabilidad” de la partera tradicional ayudar a conseguir ropa y pañales para el recién nacido, y alimentar a la madre para que a su vez alimente a su hijo. En algunas ocasiones la partera entra a su cocina, a su closet o su siembra, a buscar qué compartir con la mujer recién parida.

En un plano subjetivo, la partera tradicional coadyuva a subsanar las necesidades emocionales de la mujer embarazada, a darle soporte emocional y contención con la finalidad de que tenga un equilibrio emocional óptimo para el parto; por medio del contacto con la embarazada y el embarazo (siguiente apartado), y culminar de esta forma en un parto exitoso.

“... pues sí, porque si no tiene clínica le ayuda, la partera le ayuda, lo mismo para curar niños...”. (PT044)

La alimentación del amor de madre

En las comunidades de la región los festejos siempre se encuentran relacionados con la comida; se ofrece de comer en un festejo, o como agradecimiento o en una reunión familiar. La comida ofrecida varía de acuerdo al poder adquisitivo de la familia anfitriona. En el caso de un parto esta costumbre también se hace presente, sin embargo, adquiere otros matices; es parte de la hospitalidad y servicio de la partera tradicional; normalmente proporcionan caldo de pollo, que a decir de las parteras tradicionales, es el mejor alimento para propiciar un adecuado puerperio.

Esta alimentación se relaciona con la celebración del buen nacimiento y la llegada del nuevo integrante de la familia; pero también se entiende como ese trato materno de la partera tradicional, esa capacidad femenina de alimentar desde lo físico hasta lo emocional en el que la nueva madre amamanta a su hijo, y a su vez es alimentada por su partera-madre dando continuidad a esa cadena amorosa; en la cual, también el nuevo integrante de la familia es alimentado por la partera tradicional a través de su madre.

La celebración se asocia con la fiesta y la alimentación, pero en este caso es una celebración en la cadena de maternidad, por lo que normalmente únicamente se le ofrece de comer a la mujer en postparto o depende de lo que decida la partera en ese momento.

“... una señora que le gustaba irse a aliviar conmigo porque le daba su chocolate y su caldo de pollo, y que ella por eso iba ir a tener sus hijos...”. (PT041)

El tema de la comida y la celebración adquiere especial relevancia para la actividad del parto e involucra otros temas; por ejemplo, la posibilidad económica. Algunas familias no tienen los recursos económicos para ofrecer de comer para celebrar el nacimiento, o algunas mujeres aprovechan para comer lo que no comen en su casa; o algunas parteras tampoco cuentan con los recursos para ofrecer una comida, y en su lugar ofrecen tortillas con sal y té de hierbas; ya que las mujeres paridas no pueden comer

a decir en sus relatos frijoles, salsa, carne, café, etc. En la misma dinámica del amor, como estrategia se busca darle de comer a la mujer en postparto para que a su vez ella pueda alimentar a su hijo.

En este sentido, de acuerdo a la perspectiva de las parteras tradicionales, cuentan con la capacidad de distinguir en qué momento intervenir en la salud o equilibrio emocional de la mujer o ante un conflicto o toma de decisiones en la red familiar, y en qué momento una situación de salud o de índole social requiere ser derivada a instancias institucionales, ya sea para su intervención en el terreno médico o de responsabilidad legal que ponga en seguridad a la mujer en gestación, su embarazo o a ella misma como partera.

Lazo de confianza y trato amoroso

La confianza es entendida como ese lazo de mutuo compromiso y entrega entre la partera, la mujer y su red familiar; ya se ha mencionado anteriormente la posición de importancia que ocupa la partera tradicional para la familia, que incluso ese lazo de confianza entre las familias y la partera tradicional es transgeneracional; un rompimiento o fractura en estos lazos de confianza implica más que un rompimiento en la relación de prestación de servicios.

“... A veces no es tanto la ayuda, sino la confianza que las embarazadas tienen en la partera...”.

(PTX100)

“... ya les hemos dado mucha confianza y es ahí cuando ellas le ponen todas las ganas del mundo...”.

(PT043)

La confianza que la mujer embarazada deposita en la partera y el respaldo y confianza de la red familiar, le permite a la partera tradicional hacer una intervención emocional adecuada, si así lo considera pertinente, para salvaguardar la seguridad de la mujer y de su embarazo.

“... sabes que, yo no meto mano, porque estas delicada, porque son dos vidas, piénsale, se supone que si te embarazaste fue porque querías tener un hijo, y ahora tienes que luchar porque tu hijo esté bien, y tú también, a la hora del trabajo de parto...”. (PT143)

En este sentido el trato amoroso se relaciona con una relación cálida que le permita a la mujer sentirse en un ambiente seguro para tener la experiencia del parto; a partir de los lazos de confianza y un trato amoroso se conforma un ambiente de seguridad, que le permitirá a la mujer embarazada llevar el parto a buenos términos o sin incidentes extraordinarios.

“...con cariño, con amor, explicarles cuando ya la dilatación está completa, pues decirles... vas a tener a tu bebé, ayuda a tu hijo...”. (PT103)

Vinculación social

La vinculación social se refiere al especial cuidado de las relaciones entre pobladores, particularmente entre los integrantes de la familia; las parteras tradicionales favorecen al fortaleciendo de las relaciones de reciprocidad y solidaridad a través del ejercicio de la partería en su comunidad, estimulan la integración familiar en torno al embarazo, el parto, y al cuidado y protección de la mujer embarazada.

Acción en la Comunidad

La partera tradicional se encuentra inmersa y por lo tanto, comparte la cosmovisión y expresiones culturales de su comunidad, es parte de ella e interacciona de manera cotidiana con los habitantes y las costumbres de esta comunidad. La partera tradicional es conocida y reconocida por los pobladores de la comunidad como la partera de la comunidad, estableciéndose un contrato social en el que la partera tiene el compromiso de velar por los embarazos y la comunidad le da su confianza y respaldo para el ejercicio.

“... la partera es muy importante para la comunidad, o sea no solamente para la mujer, sino es la encargada de ver por la salud de todo su espacio, de todos, no solamente de la gente que va a consulta, es responsable de la salud ahora sí que obstétrica de su comunidad, la o las parteras...”.
(PTX101)

El reconocimiento de las parteras puede extenderse por las comunidades aledañas, esto es vivenciado como una distinción por su efectividad como partera tradicional; de tal forma que se reafirma su Ser con base en su Hacer. Este reconocimiento proviene, por lo regular, de personas con las cuales no guardan relación alguna, por lo cual resulta de gran significado para las parteras.

“... yo diario, diario atiendo embarazadas, diario, no hay día que no atienda. Y de lejos, de aquí de Cosco, me llaman por teléfono, o me llegan y me dicen “me la recomendaron que es muy buena” les digo, de buena no se lo crean, porque eso hasta no ver, o me hablan, o llegan a si no más, todavía no pierdo la credibilidad de la gente ... están muy agradecidos, dicen que valoran mi experiencia, una también de ixhuatlan, 2 también gemelitos, luego también van de Tetelcingo, de aquí de Zacatlapa, de donde quiera...”. (PT021)

El reconocimiento de la comunidad es de relevancia para la partera tradicional, ya que es la comunidad quien legitima su quehacer; esto impacta en el significado que la partera construye de sí misma. El reconocimiento comunal se relaciona con mayor respeto a su labor, a su familia y el reforzamiento a su posición como la partera de su comunidad.

“... si le atinó, porque si estoy embarazada y de ahí va uno agarrando méritos, porque dicen no es que ella sí sabe, no pues es que sí, es conforme lo van a uno capacitando...”. (PT041)

Acción en la red familiar

Como parte de la protección del tejido social se identifica la interacción de la partera tradicional con la familia de la mujer embarazada, que por momentos implica acompañar, informar, mediar conflictos familiares y, en ocasiones, proteger a la mujer embarazada y el embarazo de la misma familia.

Una de las principales acciones de la partera tradicional es generar estrategias para involucrar a la familia en el cuidado del embarazo y la protección del parto, principalmente a las mujeres (madre, hermanas) o de segundo orden (tías, primas). Este involucramiento de la red de apoyo de la mujer embarazada tiene como objetivos: a) acompañar emocionalmente a la mujer embarazada, b) participar como apoyo en caso de una complicación del embarazo o el parto, c) hacer corresponsables a la familia de las decisiones tomadas con respecto al embarazo o parto. Sin embargo, algunas parteras tradicionales refirieron que algunas mujeres no cuentan con una red de apoyo, como por ejemplo, el caso de una adolescente que fue abandonada por la persona que la embarazó y tuvo que migrar a la Ciudad de México, además tampoco recibió apoyo por parte de la familia ya que consideraron que su embarazo fue un “mal acto”. Estos casos refirieron se dan en las comunidades mas marginadas y de mayor índice de pobreza como el caso de Xocotla, donde además los índices de drogadicción, migración y pobreza son elevados.

Vinculación con la institucionalidad

“... muchas cosas importantes sucedieron en nuestra vida por haber sido capacitadas...” (PT043)

A la llegada de las instituciones de salud a las zonas rurales, la práctica de la partería tradicional entró en una nueva etapa; la partera tradicional es reconocida y legitimada por la institución de salud, logrando un empoderamiento a partir de la colaboración y la capacitación al interior de las instalaciones hospitalarias. Con ello se abre la posibilidad de resignificarse como partera tradicional, reposicionarse ante la comunidad y las mujeres que les consultan. Con parteras tradicionales capacitadas en conceptos clínicos más institucionalizados, se hacen necesarias para la operatividad institucional, sin embargo, con el tiempo la relación de mutua colaboración deriva en un sesgo hacia una relación de subordinación.

En el año 1983 se implementó el programa IMSS-COPLAMAR administrado desde 1979 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, esto fue con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población rural marginada del país. Dicho programa consideró la necesidad de aprovechar mejor los recursos de la medicina tradicional en el país, por lo que estableció un vínculo de interrelación con 6,054 parteras en el territorio nacional (Alvarado & Morán, 1989), con la intención de proveerles capacitación y se hicieran cargo de la salud obstétrica de las zonas más marginadas. Posteriormente en el año 1999 con la implementación del programa IMSS-Solidaridad (que sustituye a IMSS-COPLAMAR) y la visión de integrar la medicina tradicional a la medicina oficial, las parteras tradicionales fueron invitadas a capacitarse con el personal de salud en la atención del parto limpio y la identificación de embarazos de alto riesgo; de igual forma fueron integradas a Reuniones de Actualización, Intercambio de Experiencias e Interrelación con la Medicina Tradicional (ACUERDO por el que el Instituto Mexicano del Seguro Social publica los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad, 1999); reconociendo que su participación

resultaba de gran trascendencia en la disminución de la mortalidad materna y perinatal, a través de la consejería que realizan en salud sexual (Secretaría de Salud, 2003).

Tras la inauguración del hospital del municipio de Coscomatepec Veracruz en el año 1992 (dentro del programa IMSS-COPLAMAR), las parteras tradicionales de la región fueron convocadas para integrarse al sistema de interrelación para recibir capacitación, material de trabajo, y sobretodo el reconocimiento y respaldo institucional para el ejercicio de su labor comunitaria. De tal forma que, por un lado la partera tradicional cuenta con mas recursos de capacitación y libertad de ejercer, y por el otro lado la institución subsana las necesidades de salud obstétrica de las comunidades mas marginadas de la región, que hasta ese momento no había podido mejorar la cobertura en salud obstétrico oportuno y adecuado (Alvarado & Morán, 1989).

Reconocimiento, capacitación y diferenciación

Cuando la partera tradicional es integrada a la operatividad institucional con la finalidad de capacitarse, se reposiciona ante el personal de salud y es reconocida por su experiencia en el manejo de la salud obstétrica; de esta forma se posiciona como líder de opinión en el trabajo obstétrico, se reafirma así misma como la partera tradicional y estimula un empoderamiento ante el personal médico.

“... me decía: yo soy el gineco, pero usted es mi maestra, porque de usted voy aprender mucho, y en ese entonces, la mayoría de las parteras íbamos a hacer guardias al hospital, y me decía es que de cada partera aprendo algo diferente, pero sabía reconocer la labor de las parteras...”. (PT143)

De esta misma forma, esta relación estimula un lazo de apego y lealtad con la institución de salud; con el tiempo la partera tradicional se resignifica a sí misma como parte y extensión de la institución en sus comunidades.

“... De hecho nosotras, ¿verdad? Estábamos muy pegadas con el hospital, éramos algo diferente, aprendimos mucho ahí, hacíamos guardias ... entonces nosotros somos sus ojos de afuera también ¿no?, somos sus ojos y su pies digo yo...”. (PT068)

No todas las parteras tradicionales se integran al programa institucional, ni participa de la capacitación y actividades junto con el personal de salud; esto trae consigo una diferenciación entre las parteras tradicionales que siguieron siendo comunitarias y las parteras institucionalmente capacitadas. En este sentido, las parteras tradicionales capacitadas ahora resignificadas, reconocidas y empoderadas, marcan aún más esa diferencia con sus compañeras de tradición, y el muro tangible que divide a unas de otras es la capacitación.

“... mira pues yo no soy cualquier partera, porque hay parteras que no son capacitadas y se atreven a atender los partos, entonces pasa algo...”. (PT047)

“... Yo siempre les digo que nosotros no somos cualquier partera, somos parteras capacitadas...”. (PT049)

“... ya nos están preparando, estamos más preparadas que cuando empezamos, o sea cuando empezamos lo hacíamos a lo menor al ahí se va, pero ahora ya no, hoy lo tenemos que hacer mejor, porque ya nos preparan...”. (PT141)

“... ya nosotros somos parteras capacitadas, aunque también somos tradicionales porque venimos ya de...” [pensativa sin concluir la frase]. (PT040)

De esta forma, proviniendo de las mismas raíces comunitarias surgen dos tipos de parteras tradicionales a partir de la institucionalidad, las que trabajan a luz de la institución y las que trabajan a la sombra de la misma, quienes fueron referidas en las narraciones de las parteras tradicionales, pero nadie quiso dar detalles sobre éstas.

En los relatos de las parteras tradicionales se identifica un incremento en conceptos médicos, pero de igual forma una disminución en el uso de los conceptos, Don de Dios, sensibilidad y usos tradicionales; en esta condición de adaptarse al discurso médico y abandono los aspectos sociales de esta práctica social.

Resignificación ante la comunidad

A partir de la resignificación como partera tradicional y reubicarse como un personaje activo al interior de la institución, se reposicionan ante su comunidad y las mujeres que les consultan las consideran parteras capacitadas y respaldadas por una institución, en una especie de legitimación.

Según los relatos de las parteras tradicionales este cambio es aceptados por las comunidades sin dificultades, la partera tradicional adopta un discurso mas clínico para reafirmar su capacitación, adquiere otras actividades como la gestión de servicios en la institución de salud y como consecuencia, un reposicionamiento como partera tradicional en su comunidad.

“... Somos unas parteras importantes para nuestra comunidad, porque somos capacitadas, todas somos capacitadas...”. (PT050)

La práctica de la partería tradicional adquiere una nueva metodología a partir de la capacitación; algunas aprenden a entender estudios de laboratorio, ultrasonidos y el uso de algunos medicamentos; como la capacitación no es escolarizada, cada una va aprendiendo de las guardias y el personal médico

con el que se relaciona, e integra ese conocimiento a su práctica comunitaria. Esta diferencia se ve manifestada de igual forma en los espacios en los que atienden, algunos de estos espacios tienden a ser más clínicos o lo más parecido posible a instalaciones hospitalarias, y otros espacios tienden a ser más tradicionales o rurales.

“... se les manda a sacar su ultrasonido de dos meses... tres meses, ya ahí se ve si está bien el bebé, va creciendo pues bien, y si se va formando, que si el cordoncito del ombligo lo tiene enredado, pues ese no se debe de tocar, pero si están bien los bebés...”. (PT031)

La capacitación institucional de la partera tradicional igualmente impacta en su reconocimiento comunitario, ya que se les considera con mayor formación y con mayores contactos en el ámbito hospitalario. Una actividad de la partera tradicional es el acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud institucionalizados; que aunque anteriormente ya lo hacía, la diferencia ahora radica en que el espacio hospitalario ya no es un terreno desconocido por la partera tradicional, conoce la dinámica y mantiene una relación de confianza con el personal médico, y de igual forma la partera tradicional ya no es una persona ajena o antagonista a la institución. Esta situación de acompañamiento y con la posibilidad de ahorrar tiempo de espera y trámites, fue recibida por las mujeres embarazadas como una ventaja adicional de la relación de confianza con la partera tradicional.

“... hay fechas que se juntan varias embarazadas y todas ya... si el doctor tiene muchas pacientes, dice “te esperas” aunque vaya la partera muy chingona, te esperas, no, ¿cuánto trae de dilatación? No pues trae 5, 6, 8, etc. ah bueno, si ya le digo que viene completa la pasan, si no, las dejan ...”. (PT204)

De esta forma, los recursos adquiridos en capacitación, su habilidad para resolver diversas situaciones con los mínimos recursos y los lazos de confianza con las mujeres embarazadas, le permiten

desenvolverse con confianza y soltura en la práctica de la partería tradicional, ahora con la capacitación y legitimación.

“... muchas yo les agradezco que me tienen confianza, luego van, se hacen su ultrasonido y me lo llevan, y luego digo, no pues sí, las mismas semanas que yo te calculo es lo que lleva aquí, vemos al doctor y ya es muy poquita la diferencia, ya que tenemos más comunicación y ya ellas también como que están cambiando su mentalidad...”. (PT168)

La partera tradicional es resignificada en su comunidad proporcionalmente es capacitada y reconocida por la institución de salud, y se identifica de igual forma una aceptación gradual de las mujeres consultantes a esta nueva forma de atención, de acuerdo a los relatos de las parteras tradicionales, aunque ello signifique la disminución de usos tradicionales como la herbolaria y sustituida por fármacos de venta libre.

De colaboración a subordinación

La colaboración institucional se refiere a la actividad que la partera tradicional realiza al interior de la institución de salud, como la capacitación y auxilio operativo, así como actividades externas como la promoción de la salud, campañas de vacunación o la identificación y coordinación de mujeres embarazadas en sus comunidades.

Desde la perspectiva de las parteras tradicionales el trabajo colaborativo es parte de un trabajo en equipo, en el que la institución de salud y el personal médico realizan una serie de actividades a favor de la salud comunitaria, y la partera tradicional realiza otras actividades distintas o similares, pero con la misma finalidad, sin que estas actividades se contrapongan o sean autoexcluyentes unas con otras, consiguiendo así un trabajo de mutua colaboración.

Una constante en el discurso de las parteras tradicionales es la carencia de personal médico capacitado al interior de los hospitales y clínicas de salud comunitaria, esta situación se identificó instalada como parte de la cotidianidad asumida por los involucrados en la operatividad. Esta situación favoreció a incrementar el terreno de acción de la partera tradicional al interior de la institución de salud, y ésta a su vez compensa su carencia constante de personal de salud.

“... si hay un parto, y la doctora ese día tiene trabajo y no puede atenderlo, lo atiendo, y estoy ayudando a la institución...”. (PT205)

De esta forma, las parteras tradicionales fueron asumiendo actividades como organizar y realizar pláticas informativas para las usuarias de las clínicas, con temas relacionados con salud reproductiva, lactancia materna y métodos anticonceptivos. Aunque es una actividad propia del departamento de promoción de la salud, las parteras tradicionales no la realizan con desagrado, sino que por el contrario, desde su perspectiva les permitió reafirmarse ante las usuarias como una líder de opinión y de apoyo para las usuarias.

De igual forma, en el área de trabajo social las parteras tradicionales realizan actividades relacionadas sobre control y seguimiento del estado de salud de las mujeres embarazadas de su comunidad, visitas domiciliarias y búsqueda intencional de nuevos embarazos, actividades de apoyo a la cobertura y promoción de la salud, con la ventaja de que la partera conoce a las mujeres de su comunidad o en su caso son sus consultantes.

“... las que no asisten a su control, nos mandan traer y nos dicen tal embarazada no asistió a su consulta, y nosotras las vamos a ver a su casa, les llevamos un volante de derivación o les llevamos la libreta...”. (PT206)

En algunos otros casos las parteras refirieron que, aunque la colaboración puede relacionarse con la carencia de personal médico, en otros casos se debe a que el personal médico descarga sus responsabilidades en las parteras debido a situaciones personales o por cuestiones relacionadas con la paciencia y contacto con la mujer embarazada.

“... le decíamos doctor llego una embarazada y la pasábamos, “pregúntele si es primigesta o es prematura”, le preguntábamos y hacía gestos, luego que pues no, si era primeriza “ay revísenla ustedes” si era primigesta, ya que las primigestas tardan, como está cerrado el cuello van poco a poco, poco a apoco y hay que tenerles paciencia para estarla ahí vigilando si ya va a nacer, ahora sí está lejos pues todavía, les dice uno aguantas dos tres días, pero sino, luego, luego hay que atenderla. (PT048)

Conclusiones

El concepto de partera tradicional se encuentra vinculado a conceptos de origen religioso que le da sentido a su labor; sin embargo, el ser partera es parte de un desarrollo de la actividad tradicional, de un Hacer para Ser, a partir de conocimientos que le fueron heredados por generaciones. Es decir, Ser partera tradicional no es el resultado de una serie de atributos o característica inherentes, sino que esos atributos son puestos en juego dentro de su Hacer tradicional, del desarrollo de sus capacidades, experiencias y servicio a su comunidad; de esta forma entendemos que, el significado de partera tradicional es concepto vivo y en constante cambio, que puede evolucionar y adaptarse a través del tiempo; que se fundamenta en su ejercicio constante y desarrollo de capacidades. Nunca como un título o reconocimiento institucional.

En la vinculación con la institucionalidad se concluye que, aunque la partera haya sido capacitada e integrada a algunas actividades de la institución de salud, y que esto le haya permitido resignificarse como partera tradicional ante ella y ante la comunidad, se identificó que en esencia conservan la visión

comunitaria tradicional previa a la llegada de la institucionalidad. En su discurso las parteras tradicionales muestran una relación horizontal respecto a la colaboración entre la institución de salud y la partera tradicional; sin embargo, esto puede deberse a la intención de seguir manteniendo una relación políticamente adecuada y no lastimar algún otro interés, ya que en la realidad, las parteras tradicionales han pasado a ser una figura subordinada a los médicos y a la institución de salud en general.

“... yo creo que es un equipo, de la institución y las parteras, porque las instituciones a lo mejor nos capacitan para poder llevar un parto feliz, entonces yo creo que, las parteras sin la institución a lo mejor no seríamos lo que somos, ahorita que estamos aquí capacitadas, igual la institución sin parteras, pues a lo mejor nada mas como les lleguen las van a atendiendo, pero no llevan, que digan no pues ya me checó la partera y me dice que ya tengo trabajo de parto. Yo digo que es un equipo tanto la institución como las parteras. Son las acciones en conjunto...”. (PT040)

Sin embargo, aunque se hayan establecido lazos estrechos por medio de la colaboración continua, en el imaginario de las parteras tradicionales les queda claro que en sentido estricto no son parte de la institución; no reciben remuneración alguna por su colaboración ni los beneficios institucionales que consigo lleva, por lo que aunque se sepan parte de un equipo, la relación es desigual. La partera puede compartir responsabilidades con las usuarias y hacia la operatividad institucional (horarios, compromisos, cuidados, etc.) como cualquier otro personal médico, puede ser reprendida y responsabilizada por algún acto por parte del personal directivo, al igual que ser privada de sus “derechos” como parte del personal de la institución, pero no goza de los beneficios que el personal médico tiene, ni tampoco de los beneficios que un puesto básico de la institución (intendencia, aseo, etc.) otorgaría.

Es decir, la partera tradicional no forma parte del personal, ya no se sienten considerada como un personal de importancia, ni goza de los beneficios de pertenecer al personal de salud. La relación entre el personal médico y la partera de salud pudiera ser cordial y de respeto, recibir reconocimientos por su aportación a la disminución de la muerte materna y neonatal, reconocer su labor comunitaria y sus

aportes en la operatividad institucional; sin embargo, de manera concreta tiene mayor peso y beneficios institucionales un cargo de mantenimiento (o el más bajo), que una partera tradicional.

Cuadro resumen

Tema	Subtema	Ideas
<i>Ser partera tradicional</i>	Poseedora de un Don	Don para el servicio que les da sentido Cesibilidad para identificar situaciones de riesgo físicas y emocionales
	Habilidad de resolución	Habilidad para resolver situaciones de riesgo en condiciones adversas
	Conocimiento empírico	Parte de la experiencia heredada trasgeneracionalmente y obtenida en el ejercicio de la partería tradicional.
	Transmisión del saber	Se hereda frecuentemente de las madres o las abuelas. Se capacita a las futuras parteras tradicionales La herencia se materializa en objetos y espacios
<i>Hacer tradicional</i>	Contexto de marginación y pobreza	Desnutrición Acceso a los servicios de salud Traslado a servicios de salud
	Contacto con la mujer	Madre Protectora La alimentación del amor de madre Lazo de confianza y trato amoroso
	Vinculación social	Acción en la comunidad Acción en la red familiar
<i>Vinculación con la institucionalidad</i>	Reconocimiento, capacitación y diferenciación	La capacitación reconocimiento genera división entre parteras
	Resignificación ante la comunidad	Se reposiciona ante la comunidad como una partera legitimada
	De colaboración a subordinación	Trabajo en equipo y colaboración Compensa carencia de personal
<i>Conclusiones</i>	El significado de partera tradicional es concepto vivo y en constante cambio, que puede evolucionar y adaptarse a través del tiempo; que se fundamenta en su ejercicio constante y desarrollo de capacidades.	

4.4 Autosignificación fragmentada

Diversos cambios en la política gubernamental con relación al sector salud rural, generaron un impacto en la relación entre la partera tradicional y la institución de salud. A partir de que las parteras tradicionales fueron desvinculadas de la operatividad interna de la institución y de que recibieron una nueva denominación, dejaron de ser parte de un equipo de trabajo capacitado y reconocido, y pasaron a ser un personaje *voluntario*, desvinculado y desacreditado. Se les indicó que ahora debían avocarse a canalizar a las mujeres embarazadas a los servicios institucionales y que debían evitar atender partos comunitarios. Dichos cambios son significados por las parteras tradicionales como una alienación institucional, como una pérdida de territorio en el ejercicio de su labor tradicional, y como una pérdida del reconocimiento y posicionamiento como agentes fundamentales de la salud obstétrica de su comunidad. Estos cambios también son significados como una fractura en sus lazos de confianza con el personal médico y con las mujeres de su comunidad, a partir de una desacreditación institucional. Todo lo anterior ha generado un impacto en los significados que tienen de sí mismas como parteras tradicionales y de su labor de partería.

En el año 2007 con la entrada en vigor del programa IMSS-Oportunidades (que sustituyó a IMSS-Solidaridad) las parteras tradicionales fueron re-denominadas como “PVR” Parteras Voluntarias Rurales. A decir del coordinador del programa, se decidió incluir la denominación “Voluntarias” con la finalidad de desvincularlas legalmente de la institución para que no generen derechos laborales con el tiempo de interrelación.

“... Se les llama “partera voluntaria” por que no tienen ningún vínculo con nosotros, trabajan de manera voluntaria, no son trabajadoras de nosotros. Esto es para proteger al instituto, para que la partera no demande como trabajador solicitando que se le pague tantos años, no?. Es como una

protección: tú eres voluntaria, no tengo ningún vínculo contigo. A ellas se les da un apoyo de 500 pesos al mes, para pasajes y eso, y de vez en cuando se les da material...". (promotor comunitario)

Esta desvinculación con la institución estableció una nueva forma de colaboración entre las parteras tradicionales y la institución que fue denominada *interrelación*, que el programa define como un acuerdo de cooperación voluntaria. Como parte de este acuerdo, el programa otorga a algunas parteras tradicionales una ayuda económica de quinientos pesos mexicanos mensualmente, a cambio de esto, las parteras deben (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013):

- Informar sobre las actividades que realizan,
- Recibir orientación y asesoría técnica bimestral referente a consejería en salud reproductiva, materno infantil y ginecológica;
- Realizar actividades de búsqueda intencionada de embarazadas,
- Atender partos de bajo riesgo,
- Derivar a las mujeres a unidades médicas,
- Llevar el control e identificación de factores de riesgo,
- Aplicar métodos anticonceptivos temporales o definitivos,
- Llevar a cabo exploración de mamas, exploración ginecológica, visualización cervical o toma de citología cervical;
- Derivar a los recién nacidos a unidades médicas para prueba del tamiz neonatal ampliado,
- Iniciar el esquema de vacunación y
- Elaborar certificados de nacimiento

Las parteras refieren que estas actividades ya las realizaban, sin embargo, a partir de su red denominación como *parteras voluntarias rurales (PVR)*, el programa las puntualizó como parte de sus responsabilidades a cambio del reducido apoyo económico, sin la posibilidad de obtener algún reconocimiento institucional.

“... pues no hay ninguna relación laboral porque usted no tiene matrícula, por que usted no tiene manera de comprobar que esta es una compensación. Como su nombre lo indica, es una “gratificación”, no es un pago...” (Coordinador regional IMSS-Prospera)

En el programa institucional se identifican dos visiones con respecto a las parteras tradicionales. Por un lado, se les considera líderes de su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio; incluso se considera que son la única opción de asistencia durante el embarazo y la atención del parto en algunas comunidades. Una segunda visión, contraria a la anterior, señala la importancia de la “Promoción del parto institucional” y de la búsqueda sistemática de la disminución del parto atendido por parteras tradicionales, limitado su labor a la canalización de las mujeres embarazadas a los centros de salud, de tal forma que se centraliza la salud obstétrica en las instituciones de salud.

“... se logró una reducción gradual de la atención del parto por parteras, disminuyendo de 13,317 en 2007 a 11,885 en 2011, lo que representa 12.1% del total de partos atendidos en el Programa. El número de partos institucionales va en aumento, mientras que el parto atendido por parteras experimenta una disminución gradual en el mismo periodo. De 2007 a 2011 se observa una tendencia descendente de los partos comunitarios...” (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013).

Son dos visiones que se excluyen entre sí, y que tienen un fuerte impacto en los significados que las parteras tradicionales construyen entorno a su ser y qué hacer. Por un lado, se le reconoce como una

agente fundamental en la salud obstétrica de su comunidad y, al mismo tiempo, se le considera un obstáculo en la promoción y priorización del parto institucional.

La desincorporación de la partería tradicional en la operatividad institucional es reforzada, como se observa en los relatos de las parteras tradicionales, por actos de desacreditación de esta práctica tradicional por parte del personal médico institucional; lo que impacta en sus lazos de cooperación y confianza. Esto genera cambios en sus significados con relación a su ser y qué hacer como parteras tradicionales, como figura social tradicional y en cuanto a su relación con la institución de salud y el personal médico con quienes, en un momento, formaron equipo para la atención comunitaria.

Este cambio de política institucional puede ser considerado un factor relevante en el cambio de significados de la realidad de las parteras tradicionales. El presente apartado se centra en la construcción social de las parteras tradicionales en torno a este cambio de paradigma institucional, y los posibles procesos en su esquema de significación que derivaron de este cambio.

La fragmentación de significados hace referencia al estado actual de la partería tradicional, las consecuencias y adaptación a este cambio de significados. En el ámbito social se observa, en las generaciones más recientes de sus comunidades rurales, una disminución en el interés por continuar con esta práctica tradicional. Con relación a las parteras tradicionales podemos decir que se identificaron dos grupos. Por un lado, encontramos parteras que se ajustaron a las indicaciones institucionales, adoptando una relación de subordinación; por otro están las parteras tradicionales que no se ajustaron a las indicaciones institucionales y optaron por una lealtad a su comunidad. Estas últimas realizan prácticas tradicionales de manera clandestina, reforzando la subsistencia de su identidad como parteras tradicionales. De haber sido líderes en su comunidad y reconocidas por la institución, ahora dejan ver sentimientos de insuficiencia.

La mayor parte de las parteras se encuentran sujetas a un programa crónico de capacitación, con la intención de ostentar la denominación “partera capacitada”. Esta denominación las lleva a la confusión de límites entre lo tradicional y lo institucional, pero les permite, de alguna forma, rescatar un poco del reconocimiento institucional perdido, aunque el precio sea dejar de atender algunas revisiones o partos comunitarios, o en su caso seguir ejerciendo a espaldas de la vista institucional.

Despojo institucional

El despojo institucional es entendido como la alienación de las parteras tradicionales de la operatividad de la institución de salud, es la ruptura de los vínculos de mutua colaboración siendo que la relación de subordinación se extiende hasta las comunidades de las parteras tradicionales, en las cuales se restablece que la forma de trabajo es priorizar el parto institucional. Derivado de esto, una de las indicaciones principales a las parteras tradicionales es canalizar a las mujeres embarazadas a los servicios de salud, y hacer labor de convencimiento con los pobladores que son renuentes a incorporarse a los servicios institucionales. En este sentido, la partera tradicional sigue responsabilizada (u obligada) por la institución de salud, a seguir realizando actividades de fomento a sus servicios, con la diferencia de ya no ser parte de un equipo de trabajo con el personal médico, y de que no se le reconoce su experiencia en materia de salud obstétrica rural, y sobre todo con el impedimento de seguir dando servicio a su comunidad en la atención del parto y métodos de medicina tradicional.

En síntesis, podemos decir que dicho despojo es significado por las parteras tradicionales como una pérdida de territorio en la práctica de la salud obstétrica, su tradicionalidad y su propia significación; así como una pérdida de sentido en su labor tradicional, pues hay que recordar que desde su perspectiva es un don otorgado por Dios para el cuidado de la salud de su comunidad. Consecuencia de esto, se ven fracturados los lazos de confianza con el personal de salud, la institución, las mujeres y su comunidad.

“... lo que pasa es que ya el hospital a la partera ya no la quieren, no, ya no, ya quieren que la partera se desaparezca”. (PTX20)

Pérdida de territorio y desacreditación

De acuerdo a las parteras tradicionales, esta pérdida de territorio es ejercida por medio una repentina desacreditación que el personal médico ha realizado sobre ellas y su práctica comunitaria ante las mujeres embarazadas. Se ha desalentado la práctica de la partería tradicional a través de comentarios sobredimensionados que generan miedo o inseguridad en las mujeres con relación a su salud y su embarazo.

“...Yo soy de Fortín y ahí les decía a las parturientas, no vayas con la partera [tradicional] porque te va a matar tu bebé, no vayas con la partera [tradicional] porque te lo va a ahorcar si trae el cordón enredado...”. (PTX200)

De igual forma, las parteras tradicionales refirieron que, como parte de esta labor de desacreditación a sus actividades, han sido responsabilizadas de actos que no les atañen, culpabilizadas de situaciones que no son congruentes con su actuar ni corresponden a su realidad, argumentando que si existieran actos negligentes de parte de una partera tradicional, invariablemente todas las comunidades se enterarían ya que son actos difíciles de ocultar; por lo que están seguras de que las aseveraciones sobre su práctica carecen de fundamento.

“... De un tiempo para acá, luego dicen [los médicos] “desde que las parteras ya no atienden ya disminuyeron las muertes maternas”. Eso dicen en las reuniones”. (PTX201)

En los relatos de las parteras tradicionales, se identificaron acciones que pudieran ser consideradas discriminatorias hacia su persona y sus conocimientos, generando situaciones confusas en su actuación comunitaria.

“... como parteras tradicionales, empíricas como nos dicen, se cree que somos incultas, rancheras, indígenas, patas rajadas. [una de las expresiones del personal médico es] si quien atiende el parto es una partera tradicional, habrán problemas”. (PTX202)

Dicha situación es interpretada por las parteras tradicionales como confusa e incongruente, ya que por un lado son reconocidas por la institución, y por otro son desacreditadas por el personal médico, que las presionan para que dejen de atender partos, siendo que justo estas acciones son las que les ha otorgado un reconocimiento institucional. Esta situación que genera confusión se observa plasmada en el programa IMSS-Oportunidades, que reconoce su labor, pero plantea como un logro institucional la disminución de los partos comunitarios.

“... Las parteras voluntarias rurales (PVR) son líderes en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio...”. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013)

“...se logró una reducción gradual de la atención del parto por parteras...”. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013).

“... Con la participación de las Parteras Voluntarias Rurales en IMSS-PROSPERA, se logró reducir la razón de muerte materna, así mismo han contribuido a la disminución de la morbilidad materna e infantil...”. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2019b).

Las parteras tradicionales consideran como un bien de alto valor el conocimiento tradicional heredado; poseer ese conocimiento les da identidad como parteras tradicionales. Desde su perspectiva

este conocimiento está fundamentado por años de experiencia de sus ancestros, y es interpretado como un don que Dios les dio, con la finalidad de otorgar un servicio a su comunidad. Dicho conocimiento, en un primer momento, fue reconocido y valorados por el personal de salud, posteriormente enriquecidos con capacitación clínica, finalmente desacreditado y desvalorizado por la institución.

“... a veces he escuchado a médicos decir “que ignorancia”, esos comentarios me deprimen, nos tratan como si fuéramos menos, por ejemplo cuandi dicen “que ignorancia que van con una partera a que les soben la panza”. Si piensan que no somos personas aptas para desempeñar lo que estamos desempeñando, ¿para qué nos ponen? [a capacitarnos]...”. (PTX203)

Esta situación entendida por las parteras tradicionales como confusa e incongruente, y de la cual desconocen las causas de su origen, ha generado un impacto en sus significados y en la construcción de su realidad. Sus conocimientos, que antes eran valorados, ahora son desvalorados; tras haber sido reconocidas e incluidas en un equipo de profesionales para la atención de la mujer embarazada, ahora son desacreditadas y desterradas. Sus conocimientos y habilidades para realizar un parto exitoso con recursos básicos, ahora es visto como factor de riesgo y, por lo tanto, se le impide realizar partos, por lo que por instrucción ahora debe concretarse a canalizar a las mujeres embarazadas a los servicios de salud institucional.

“... Yo creo que nos frenan para atender partos, porque nos creen ignorantes, incapaces...”. (PTX204)

“... tenemos conocimiento, pero luego no tenemos ayuda para sobresalir, porque quieres salir de aquí y te aplastan porque dicen que no sabemos nada...”. (PTX205)

Es frecuente que en los informes oficiales del gobierno y en los eventos públicos de medicina y partería tradicional, se reconozca el papel y la importancia de la partera tradicional en la salud obstétrica comunal, en la operatividad institucional en materia epidemiológica y en el combate a la muerte materna

de las zonas más marginadas; sin embargo este reconocimiento no lo viven las parteras en el día a día, como se observa en sus relatos. Las parteras dejan ver en sus narrativas que dicho reconocimiento está más relacionado con un acto protocolario que con una valoración real.

“... no todos los médicos, hay médicos que si le reconocen a uno el trabajo, pero no todos. Entonces como que eso es algo en que uno ya, como partera se siente uno...”. (PTX206)

“... nada más que no la ignoren a uno, [que digan] que no sabe uno. ¿Pero la experiencia? Se acuerda usted Doña Mary que cuando fuimos a un curso nos dijeron los doctores que nos valoran la experiencia, sin embargo ellos si no escriben no trabajan [que su trabajo se centra más en lo administrativo que en lo operativo]...”. (PTX207)

Ruptura del lazo de confianza

En el apartado anterior se expuso la importancia del establecimiento de un lazo de confianza entre la partera tradicional y la mujer, así como con su familia y la comunidad. Que de acuerdo a las narraciones, existen contratos sociales que vinculan a la partera tradicional con su comunidad, así como un lazo de lealtad con la mujer embarazada. En este sentido, se identificó que desde la perspectiva de las parteras tradicionales el miedo es un elemento empleado por el personal de salud como estrategia para romper estos lazos establecidos y desalentar la práctica de la partería tradicional. Dicha desacreditación tiene como principal objetivo generar miedo y desconfianza en las mujeres que acuden a los servicios de las parteras tradicionales, que termina por manifestarse en mujeres que acuden a la partera con desconfianza y miedo, consecuencia de una desacreditación del personal de salud.

“... los mismos médicos transmiten el miedo, les transmiten que la partera va a matar a tu bebé, la partera va a enredar a tu bebé, es una gran controversia que tienen de que no porque la partera le va hacer algo malo a tu bebé...”. (PTX208)

De igual forma refieren que el personal médico busca generar miedo e inseguridad en las parteras tradicionales, usando como recurso amenazas veladas o directas basadas en las consecuencias legales de la mala práctica. Esto ha favorecido a una fractura en los lazos de confianza y seguridad establecidos entre la partera tradicional y la mujer embarazada, entre las parteras tradicionales y el personal de salud, así como la confianza consigo mismas.

“... a nosotras nos dicen que tenemos riesgo de que nos metan a la cárcel en caso de que muera un bebé. Lo que me llama la atención es que ellos aplastan al bebé, y nosotras no...”. (PTX209)

Este mecanismo de infundir miedo es realizado desde un discurso de superioridad académica del personal médico institucional que, desde el discurso de las parteras tradicionales, genera inseguridad en las parteras al ejercer su práctica tradicional.

“... la verdad a mi ya me da cosa, me da miedo la verdad, porque se dice que a veces una palabra negativa si afecta, como dicen, no llares lo negativo, porque tú mismo te lo haces, no?...”. (PTX210)

Este discurso de miedo del personal médico puede estar acompañado de amenazas plenas que de igual forma buscan desalentar la práctica de la partería tradicional. Por ejemplo, a las mujeres embarazadas se les amenaza con no extenderles el certificado de nacimiento, negarles el servicio médico y de vacunación al recién nacido, o suspenderles la ayuda económica que reciben de algún programa social. Aunque dichas amenazas sean legalmente improcedentes, las parteras tradicionales las refirieron en sus narraciones como método de coerción para desacreditar su práctica tradicional, y reforzar el miedo y la inseguridad.

“... el médico... o hasta las mismas encargadas de la comunidad, amenazan con que si no obedecen las indicaciones del médico, les van a quitar el apoyo que nos otorgan ... en una ocasión eso platicábamos con algunas compañeras, si el dinero no nos lo da la encargada, ni los del hospital ni nada, ¿Por qué amenazan?...”. (PTX211)

Cabe señalar que las parteras tradicionales reciben un apoyo económico y capacitación como parte del programa del IMSS-Bienestar, de tal forma que se sienten comprometidas con la institución de salud, y por lo tanto la prohibición de atender partos puede ser expresada de manera más explícita. Algunas de ellas refirieron haber sido presionadas para firmar un documento en el cual se comprometían a no atender partos; sin embargo, hubo parteras tradicionales que no quisieron hablar del tema por miedo a represarías. Otras dijeron desconocer el tema, y las que si decidieron expresarlo no lograron recordar el contenido de dicho documento. De cualquier manera, esta situación les sirve de argumento para justificarse y evitar comprometerse cuando así lo requieran.

“... yo te puedo decir cuánto tienes de dilatación, pero atenderte tu parto no podemos, porque ya lo firmamos, entonces se va la usuaria; pero ya, si buscan otra partera o se van a otro lado, pues que Dios los ayude...”. (PTX212)

Las parteras tradicionales, como se observa en sus relatos, identifican una pérdida de territorio en diferentes niveles, desde su desacreditación social hasta la presión que ejercen sobre ellas a través del miedo y amenazas para desalentar la práctica de la medicina tradicional; sin embargo, no lograron expresar o entender las razones de este cambio de paradigma interpretado como un despojo institucional.

“... yo siento que cuando usted trae ese don que Dios le dio, ¿Por qué le cortan las alas? si es algo muy bonito hacer lo que a uno le gusta, para mí, ver nacer un niño es volver a la vida, volver a nacer, y no me da miedo; ya no lo hago porque como dicen mis compañeras, nos lo han prohibido...”. (PTX213)

Ruptura del lazo de colaboración

La pérdida de territorio también se manifiesta en la ruptura de los lazos de confianza establecidos por las parteras tradicionales con el personal de salud, consecuencia de la campaña de desacreditación a

sus saberes tradicionales por parte del personal médico de los centros de salud, el empleo de la amenaza y miedo como mecanismo de coerción, así como la búsqueda constante de romper el contrato de lealtad establecido entre la partera tradicional y las mujeres consultantes.

De esta forma, estas fracturas han dado paso a frecuentes desencuentros, relaciones rípidas y mutua desvalorización; lo cual genera mayores desencuentros, incompreensión, entorpecimiento del trabajo colaborativo y del adecuado desarrollo de un esquema de interculturalidad.

“... les quitamos demasiados pesos de encima [a la institución de salud] ... por decir, yo le checo la presión [a la mujer], el latido fetal, y el ritmo cardiaco, despues la llevamos [al hospital], si el médico quiere aceptar lo datos que nosotros le llevamos, pues ya avanzaron en la intervención; y entonces ¿Por qué se ponen en ese plan?...”. (PTX214)

Esta fragmentación de los lazos de colaboración genera sentimientos de frustración en las parteras ante la evidencia de la pérdida de territorio en la salud obstétrica, le genera dificultades para entender los requerimientos de la institución de salud y para ajustarse al nuevo paradigma: Ante esto, las parteras tratan de restaurar parte del territorio perdido; sin embargo, frecuentemente se manifiesta el desencuentro y la incompreensión;

“... Cuando la va uno a dejar [a la mujer embarazada] al hospital luego dicen: “¿eres partera? Pues ya vete”, y la sacan a uno ... Va uno a decirles [las condiciones de salud], a encargarles y todo eso... pero ya ellos la recibieron, ya quedó en sus manos; entonces nosotras no valemos nada, ya vamos para afuera, a nuestro rumbo; o esperamos que la revisen, ya nos dicen cómo va, y entonces ya nosotras nos retiramos, yo así las entrego [a las mujeres que requieren la atención hospitalaria]...”. (PTX215)

“... Es que como estamos en un pueblo, piensan que somos más ignorantes, pero realmente, las parteras que llevan más años, saben más que una enfermera que solo va de aprendiz, que no sabe nada, ellas quizá no sepan...”. (PTX216)

También se encontró que, desde el discurso de autoridad institucional sobre las parteras tradicionales, pueden existir regaños hacia la partera, y se da una situación de incompreensión mutua.

“... si llegamos [al hospital] con el bebé como nos han dicho, pues no nos falta nuestra regañiza, que si lo llevamos al bebé como creemos que es mejor, lo mismo, y yo digo, yo me pregunto, ¿Qué cosa quieren? ¿Cómo quieren que entonces, de qué modo sería yo partera?...”. (PTX217)

Resignificación del significado de médico institucional.

La pérdida de territorio de la partera tradicional, la desacreditación institucional, así como la fracturación de sus lazos de colaboración y confianza; condujeron a la partera tradicional a cambiar su punto de vista y a replantear sus significados respecto al personal médico y a su rol en la institución. El médico es considerado como personas al margen de la ley, cuyas omisiones o malas prácticas no tienen consecuencias legales, y como personas que pueden no contar con la vocación y experiencia para ejercer la salud obstétrica, lo cual resulta difícil de comprender por las parteras, ya que consideran que atender a una mujer embarazada requiere escucha empática, acompañamiento y vocación de servicio. Esta resignificación del personal médico se contrapone con su concepto de partera tradicional, logrando que se acentúe mas el distanciamiento, desencuentro y dinámicas de descalificación.

Al margen de la ley

De acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales como se analizó anteriormente, una amenaza constante son las consecuencias legales que pueden enfrentar en caso de una mala práctica; amenaza que para la partera pierde sentido ya que desde su vivencia la muerte materna y neonatal se da en el interior de la institución de salud, la cual -refieren- es consecuencia de una mala práctica normalmente del personal médico. En estas circunstancias, a la partera tradicional le toca atestiguar o conocer de muertes maternas y neonatales en la institución de salud, pero sin consecuencias legales

contra algún personal médico. Esto les lleva a considerar que el personal médico es inmune a consecuencias legales y que la amenaza es particularmente recae en ellas; de tal forma que se reafirma el discurso de superioridad y autoridad de la institución sobre las parteras tradicionales.

“... les aplastan la panza, matan a los niños, se ahogan, se ahogan los niños, hay veces que sacan dos o tres muertos. ¿Por qué para ellos no hay delito? En cambio, si a nosotras se nos muere un niño, nos dicen que nos van a llevar a la cárcel. Ellos ahí matan pero no son castigados...”. (PTX218)

Estas circunstancias atentan de manera relevante contra su concepto de partera que implica, entre otros aspectos, proteger a la mujer y su embarazo y establecer lazos de confianza, proteger el tejido social, el amor como estrategia para la protección de la mujer y el parto; así como su vocación por el servicio y la vida, que es, a su vez, lo que le da sentido al Don divino que le fue conferido.

“... porque ellos tienen un título, yo siempre lo he dicho maestro, todo el que tiene un título, siendo médico puede matar; y salió por esa puerta tan-tan-tan como que el sol salió, pero nosotros las Marías no, porque según ellos, somos ignorantes. No lo toman como un accidente, o como algo que a lo mejor ya iba a pasar, no, y vas a la cárcel porque no cumpliste con las reglas que se te impusieron...”. (PTX219)

El contacto de la partera tradicional con la mujer y su embarazo, como se analizó anteriormente, se relaciona con un trato amoroso, una escucha empática y sobre todo la protección e intervención oportuna para salvaguardar la seguridad de la mujer embarazada y su hijo. Esto lo asume como parte de su vocación como partera tradicional. De esta forma, un comportamiento frío y poco empático por parte del personal de salud puede ser interpretado como una falta de vocación del personal médico en el ejercicio de trabajo.

“... hay médicos institucionales que cuando tu llegas, “que sientes y que tienes, qué te duele”, y ya te está haciendo la receta; y el médico institucional que de verdad es médico, es el que te checa sí,

es el que te revisa, en primera la amabilidad y después todo el chequeo, pero hay médicos que no te checan, nada más te preguntan y ya te están haciendo la receta...". (PTX220)

Cabe señalar que las parteras tradicionales no generalizan, no presuponen que todos los servidores caen en malas prácticas, más bien distinguen entre quienes proporcionan una buena y una mala atención institucional.

"... si es cierto hay personal que no es su vocación de ser enfermera, o de ser doctor o doctora, pues tienen un carácter muy fuerte, pero no todos son así, porque unas personas las atienden bien, bien, hay doctores muy amables, doctoras muy amables, enfermeras también, no todo el hospital es lo mismo, sí, porque cada turno, tienen su personal...". (PTX221)

Por otro lado, en los relatos de las parteras tradicionales, se identificó que el tema de la remuneración por su servicio se encuentra relacionado con la vocación. Para algunas de ellas este ingreso es un extra a su economía familiar, para otras es su principal ingreso, dependiendo de su lugar de residencia. Sin embargo, la remuneración por sus servicios siempre pasa por el juicio de la partera tradicional, que considera si la persona cuenta con los recursos para pagarle o no, ya que en algunos casos refieren tomar en cuenta las condiciones de marginación y pobreza de la familia. Cabe señalar que este concepto de la remuneración por sus servicios, tiende a ser compartido por prácticamente todas las parteras tradicionales entrevistadas.

"... no nos interesa el dinero, nos interesan las personas y el bebé, importante, que es otra nueva vida...". (PTX222)

Desde esta perspectiva, las parteras tradicionales se refirieron a una carencia de vocación de parte de los médicos que buscan lucrar con su profesión, con una carencia de empatía hacia las personas que los lleva a tratar de sacar provecho de las circunstancias del paciente.

“... por ganar, te cobran más, no les interesa si tienes o no recursos, o sea lucran...”. (PTX223)

“... Los médicos que no tienen vocación te dicen, necesito tanto. Yo traje a mi niño con un pediatra, y me dice: sabes que tu hijo necesita tres vacunas, la primera hoy, es diario de 1500. Me le quedo mirando y le digo: doctor ¿no completa usted para hacer el pago de un coche, o le tiene que dar a la otra señora, o qué? Ah porque me dice, si no le pones las tres vacunas, si no comienzas hoy, mañana tu hijo está en un cajón, por eso yo le conteste así: le digo no completa usted una letra, algo para un pago, ¿por qué? Le digo, es que solamente así actuaría una persona para sacar dinero, no lo voy a vacunar, y primero la voluntad de dios y después la nuestra Está en el Sanatorio Providencia, y hace un tiempo lo encontré, le digo hola doctor, y me dice ¿la conozco? Le digo si, y muy bien, ¿porque? Le digo, ¿y esa vez si completó usted para pagar su letra? le digo este es el niño que se iba a morir al otro día, mírelo, mi hijo tenía 2 años, mi hijo tenía 6. No, o sea, necesitan los médicos de veras tener mucha ética profesional y ser buenos médicos, porque no...”. (PTX224)

El personal médico es caracterizado por un trato prepotente o arrogante, de acuerdo a la perspectiva de las parteras tradicionales. Al personal médico lo relacionan con conflictos y desencuentros, con falta de vocación y, por ende, con un mal servicio que puede derivar en violencia.

“... yo todavía cuando llegó al hospital veo a esos doctores que se sienten elegantes, como se sienten bien hablados [lenguaje técnico], con sus batas bonitas... me acerqué y que le digo: mire doctor [esta mujer] viene teniendo su bebé... “espérese!!!” [me gritó], ...me dio mucho coraje y me fui corriendo a ver a la trabajadora social, y le expliqué: mire mi nuera viene sacando a su bebé [estado expulsivo], y no me la quieren recibir, y así me la recibieron [tronando los dedos]. Sin embargo, adentro en quirófano la trataron mal, porque ellos, se cobran lo que les hacen afuera, se los rete cobran con ellas...”. (PTX225)

Estas conductas que las parteras viven como prepotentes, favorecen a la desacreditación de la partera tradicional, de acuerdo a sus relatos.

“... eres partera, porque eres partera tú no sabes y yo te voy a atender cuando yo quiera...”, ¿me voy explicando? Hay mucha prepotencia en algunas enfermeras y algunos médicos...”. (PTX226)

Generando de esta forma mayor desencuentro y fractura del lazo de colaboración establecido entre el personal médico y la partera tradicional.

Fragmentación del autoconcepto

Las personas construimos significados de nosotros mismos, nuestras experiencias y nuestro entorno a través de la interacción con los otros y la continua construcción de una realidad colectiva (Gergen & Gergen, 2011); con base en esto se percibe el mundo, se interpreta y se acciona en él (Watzlawick & Machain, 1998). En el caso de las parteras tradicionales, el concepto que han construido sobre sí mismas, se ha visto impactado por procesos disruptivos, dando como resultado confusiones sobre su ser y qué hacer como parteras tradicionales. Hablamos entonces de significados fragmentados de sí mismas, de su hacer como parteras tradicionales, su autoimagen y su rol en la comunidad.

Los significados evolucionan de manera natural o se transforman a lo largo del tiempo por medio del lenguaje; logran transformar y mantener una sociedad unida por medio de sus significados contruidos colectivamente (Gergen & Gergen, 2011); en este proceso evolutivo tienen un papel relevante los procesos disruptivos, que hacen referencia a conceptos que se insertan en la evolución natural de significados. En este sentido, la instalación de un discurso médico-institucional sobre una práctica cultural en medicina tradicional ha generado una evolución en los significados de las parteras, derivando en confusiones sobre su auto concepto, su actuar y su ubicación social en su comunidad. Como parte de estas confusiones se observa una pérdida de las fronteras entre lo tradicional y lo hospitalario, el reconocimiento y la desacreditación, el servicio y la clandestinidad, la lealtad y la desobediencia, así como el conocimiento tradicional y el sentimiento de insuficiencia.

Como señala Gergen (2018), la construcción de significados es un acto de negociación de conceptos socialmente aceptados, ya que sin acuerdos negociados el sistema resultaría desequilibrado; en el caso aquí expuesto, la autosignificación fragmentada se relaciona con este acto de negociación de significados entre la imposición del discurso médico-institucional y la práctica cultural de la medicina tradicional; sin embargo en este caso, al ser impuesto el discurso médico-institucional mas que negociado, los significados son aceptados parcialmente, rechazados o se simula su aceptación con la finalidad de mantener el equilibrio en el sistema.

El presente apartado tiene como objetivo identificar con base a sus relatos y la observación participante cómo es su practica tradicional actualmente, cómo se han adaptado a la relación con la institución, cómo se han superpuesto a la fracturación de lazos de confianza y su resignificación como parteras tradicionales desde su perspectiva.

Impactos y cambios sociales

Se identificaron cuatro efectos de la fragmentación del significado de partería tradicional: a) Desgaste de los lazos de confianza con la mujer embarazada, b) Cambio del concepto “pujar” como un acto de legitimación materna, c) Creencias respecto al cuerpo y el parto, y d) Pérdida y desinterés a la continuidad tradicional.

a) Desgaste de los lazos de confianza con la mujer embarazada.

Como parte de la instrucción institucional de priorizar la canalización de mujeres embarazadas a los servicios hospitalarios, así como hacer labor de convencimiento con las personas que presentan renuencia a acudir al sistema de salud; las parteras tradicionales refirieron encontrarse con la dificultad de que cuando han canalizado alguna persona a los servicios hospitalarios, han recibido un servicio

interpretado como inadecuado en la institución de salud. En este sentido, las parteras tradicionales refieren que las mujeres se sienten defraudadas, ya que después de hacer una labor de convencimiento para acercarlas a los servicios hospitalarios, deciden ir y se encuentran con un maltrato institucional. De esta forma, refieren que se ve fracturada la confianza que la mujer depositó en la partera tradicional, que de alguna forma se “negó” a atender a la mujer y además la envió al hospital a sufrir violencia.

... ¿de qué sirve que las mande [al hospital]? Luego regresan contra de mí, me dicen: “me dijiste que me iban a atender muy bien, pero me hicieron esto..., la enfermera hizo una sábana así, luego me puso la sábana acá y me aplastaba”, decía, “sentía un dolor, sentía que me iba morir, usted tiene la culpa por no atenderme”.... (PTX227)

Ante esta situación algunas parteras refirieron experimentar sentimientos de impotencia, ya que existen mujeres que necesitan los servicios hospitalarios especialmente de análisis cénicos, pero no pueden hacer nada para intervenir en la institución de salud para evitar el maltrato o la violencia contra la mujer que ha confiado en ellas.

“... yo me pelee una vez con la enfermera porque me siento impotente, veo la necesidad de las personas, como mujer pues las entiendo, y veo que son bien negligentes [en el hospital]...”. (PTX228)

Estas situaciones relatadas, pueden manifestar la importancia que sigue teniendo la opinión de la partera tradicional en las decisiones de algunas mujeres de su comunidad. Los lazos de confianza que continúan establecidos entre la partera tradicional y las mujeres que les consultan siguen estando presentes, a pesar de las fricciones producto de la relación de la institución de salud, usuarias y parteras tradicionales.

b) Pérdida del concepto “pujar” como un acto de legitimación materna

El concepto de “pujar” se refiere al acto de ejercer fuerza para ayudar en las contracciones durante el trabajo de parto, mismo que es significado como el acto legítimo de una madre para ayudar a nacer a su hijo. Desde su perspectiva, cuando una mujer comienza con su menstruación trasciende de niña a mujer y cuando “puja a sus hijos” trasciende de mujer a madre. En este sentido, la partera tradicional es ayudante en el nacimiento de un nuevo integrante de la comunidad, pero también es acompañante y apoyo en esta trascendencia de una mujer a ser madre. De ahí la importancia del concepto de “pujar a los hijos”, ya que no únicamente nace un niño, sino que también es el proceso mediante el cual nace una nueva madre o reafirma su maternidad, su fertilidad y su capacidad de “hacer” familia. En este sentido, de acuerdo a sus significados esta es la forma “normal” de ejercer un parto de acuerdo a la tradición, desde lo físico, pero también la trascendencia y legitimación de una mujer a madre, a la Madre de esa familia, y la partera tradicional se convierte en esa mujer que es ayudante en este proceso de trascendencia, no solo resguarda la salud física y emocional de la mujer y su hijo, sino es la mujer que acompaña a la mujer en su proceso de trascendencia.

Por ello, los partos por cesárea también tienen un especial impacto en sus significados “han dejado de pujar a sus hijos”, y lo tienden a compensar de acuerdo a sus significados con el “dolor de la herida” o la “marca permanente”, como constancia de esa trascendencia de mujer a madre.

“... Si no tuviste a tu hijo por parto normal no eres mujer, y las que les hacen cesárea, bueno yo soy mujer porque aquí tengo la cicatriz de que si tuve a mi hijo, por cesárea pero lo tuve, entonces ahí ya no es tradición, ahí ya es un parto asistido, pero la tradición es que lo tenga uno normal...”.
(PTX229)

Sin embargo, de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales el concepto de “pujar” gradualmente ha ido perdiendo importancia en sus tradiciones. Refieren que, las mujeres embarazadas de generaciones recientes se han ido adaptando y normalizando la cesárea, debido a la práctica

sistemática de este procedimiento clínico, que se ha encontrado “práctico” para la institución de salud y “cómodo” para las mujeres que ya no quieren “pujar” por sus hijos, de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales.

“...Porque los tiempos están cambiando, y las mujeres ya no quieren pujar...”. (PTX230)

“... la mayoría de las jovencitas prefieren mejor cesárea que hacer fuerza, sumado con que los doctores les meten miedo para que no vayan con las parteras... pues ya llevan la mentalidad de por sí de que va a ser cesárea...”. (PTX231)

“...[Las mujeres] ya no quieren pujar para tener sus hijos, ya no quieren pujar, también los doctores les dicen que no vayan con la partera porque te va a matar a tu hijo, entonces ahí es cómo que se van bloqueando ellas mismas, que no van a poder tener a su hijo, ahí es donde se está disminuyendo...”. (PTX232)

En este sentido, de acuerdo a las narraciones la pérdida gradual del concepto “pujar” resulta como consecuencia de la práctica sistemática de la cesárea en los centros de salud, al miedo que el personal de salud ha instalado en la mujer respecto al parto tradicional, pérdida de interés y creencias que se han formado en la comunidad.

c) Creencias respecto al cuerpo y el parto

Las parteras tradicionales refieren que entre las mujeres mas jóvenes de sus comunidades se ha formado la creencia de “quedar guanga” como consecuencia de un parto tradicional, que se refiere a la dilatación de los tejidos uterinos y del vientre materno, lo cual tiene una repercusión en la estética de la mujer y en su vida sexual; ya que de acuerdo a su perspectiva “los maridos” tienden a ser infieles con mujeres mas jóvenes como consecuencia de su estética, la flacidez de su vagina y tejidos uterinos;

provocando en las mujeres jóvenes un desinterés por el parto tradicional, al percibir la amenaza de su familia; Desde sus creencias, es mas fácil lidiar con una cicatriz que con la dilatación de sus tejidos, que provoque una infidelidad y ponga en riesgo a su familia.

“... vas a quedar bien guanga, así una hermana le dijo a la otra hermana, no vayas con partera, si vas a ir con la partera ahí te hace que pujes, vete mejor al hospital... que te rajen la panza, mira yo, mira como estoy, no vas a quedar toda bien guanga ...”. (PTX233)

Estas creencias de acuerdo a las parteras tradicionales no tienen ningún fundamento, que se han dedicado a explicar a las mujeres sobre la retracción de tejidos y la normalización del parto tradicional; sin embargo, refieren que estas creencias sumadas al miedo que inflige el personal de salud, así como la practica sistemática de la cesárea en los centros hospitalarios, han desgastado el concepto de parto natural y por lo tanto impactado en el sentido y autoconcepto como partera tradicional.

d) Pérdida y desinterés a la continuidad tradicional.

Una de las principales problemáticas referidas por las parteras tradicionales es la drástica disminución de la partería tradicional en las comunidades rurales; gradualmente atienden menos embarazos y partos ya que se han ido concentrando en las instituciones de salud; al mismo tiempo que en las comunidades las nuevas generaciones han ido perdiendo el interés de formarse como parteras o parteros tradicionales; lo que significa la pérdida de una tradición que genera lazos entre los habitantes y da soporte emocional a la mujer y su familia.

Las parteras tradicionales refirieron que el miedo y desinterés de las nuevas generaciones a continuar con la tradición, se relaciona con la desacreditación que el personal de salud ha realizado de la partería tradicional y a la relación ríspida establecida entre la institución y las parteras. Refieren que esta

situación ha desgastado el concepto y sentido de ser partera tradicional, se ha desvalorizado su posición ante la comunidad y se ha vuelto poco atractiva para las siguientes generaciones.

En este sentido, esta práctica tradicional ha ido perdiendo gradualmente terreno en las comunidades, como parte de su práctica cultural, tradicional y los significados asociados a esta maternidad se han visto impactados. Es una tradición que aún se mantiene vigente por las parteras que siguen ofreciendo el servicio desde hace 20 o 30 años, y las familias conservadoras que mantienen el contacto con esta práctica tradicional.

Algunas las parteras tradicionales refieren que, al ser una actividad desvalorizada y en contante conflicto con el personal de salud, sus hijas y nietas ya no se encuentran interesadas en heredar estos conocimientos tradicionales y continuar con el compromiso con su comunidad.

“... mis hijas me ayudan en los partos, pero ellas no quieren ser parteras, ahí en Fortín soy la única partera, y cuando ya no esté yo, ya no habrá partera en Fortín. Había como 5 o 6 parteras y se han ido muriendo, entre ellas mi mamá, entonces ahorita nada más quedo yo de partera, y mis hijas no quieren, entonces ahí se acabará, ese es el futuro que yo veo...”. (PTX234)

Sin embargo, algunas participantes entrevistadas se pronunciaron con una visión optimista, refirieron que han sido atacadas y desvalorizadas por la institución de salud durante años y la práctica ha perdurado, manteniendo una postura de esperanza de regresar al tiempo en que trabajaron en colaboración y al interior de la institución de salud.

“... A lo mejor disminuya porque muchas jóvenes estudian otras cosas y ya en eso como que no quieren entrar, pero no creo que llegue a desaparecer, porque siempre va haber nacimientos, es como los maestros que siempre estarán...”. (PTX235)

Obediencia y brazos caídos

Este apartado se relaciona con las parteras tradicionales que de alguna forma se han adaptado o aceptado el discurso impuesto por la institución de salud con relación al parto, parteras que han decidido ajustarse a las reglas del programa institucional, aceptando el precio de ya no atender partos y desvincularse de las mujeres embarazadas, priorizando el parto institucional como lo estipula el programa.

Esta renuncia a su quehacer tradicional y adhesión al programa institucional se da como consecuencia de la imposición del discurso médico y la desvalorización a su práctica, y se encuentra centrado en tres aspectos principales: a) Desgaste y negativa de atención, b) Aceptación del discurso de miedo, y c) Obediencia y subordinación a la autoridad. Aspectos complementarios relacionados entre sí que explican un mismo fenómeno, pero desde diferentes aspectos.

a) Desgaste y negativa de atención

El desgaste se da en la partera tradicional como consecuencia de la relación ríspida y conflictiva con el personal médico a lo largo de los años, la cual ha impactado en su autosignificación como partera tradicional, sus costumbres y pérdida de sentido en su comunidad.

Lo anterior se manifiesta en la expresión de un hartazgo y la adopción de un comportamiento de *brazos caídos*, en la cual la partera tradicional, por cuenta propia decide ya no ofrecer servicio a las mujeres de su comunidad -salvo a su círculo más cercano o familiares-. Fracturando el lazo de lealtad y confianza que por años se ha establecido entre la partera tradicional y las mujeres de su comunidad, así como el contrato social establecido con las familias y la comunidad de velar por su salud reproductiva.

Este comportamiento de *brazos caídos* producto del desgaste en la relación con la institución, cambios sociales, pérdida de sentido y fragmentación del autoconcepto; las parteras tradicionales tienden a justificarlo ante su comunidad argumentando que la institución de salud les ha prohibido todo tipo de atención, que en la capacitación han aprendido que los partos “ahora vienen más difíciles [los embarazos y partos]”, o que les han hecho firmar un documento en el cual se comprometen a ya no dar atención.

“... [en la comunidad] me dicen atiéndelo ese parto, y me lleno de tristeza, sabes que... ya no te puedo atender porque nos regañan, me regañan. Y me dicen: ¿de que sirve que eres partera? Les digo, no sé, no se que les puedo decir, pero yo ya no puedo atender su parto...”. (PTX236)

“... hacen que uno pues también pierda el interés, yo ya lo perdí, la verdad, mi ética como partera me dice: “atiende” pero el rechazo [institucional] es muy fuerte...”. (PTX237)

b) Aceptación del discurso de miedo

A través de los espacios de capacitación y la relación con las parteras tradicionales, refieren las parteras tradicionales que se les está constantemente informando sobre las consecuencias legales de su práctica tradicional; con la finalidad de provocar y reforzar el miedo a la atención del parto rural por medio de una contante amenaza.

“... porque cundo llevemos a la mujer al hospital, en el camino se nos puede morir la persona, los médicos nos dicen: “ustedes van a ir a parar a la cárcel, allá van acabar los días de su vida”, no pues de veras, de esa manera ya no atendemos partos...”. (PTX238)

De esta forma tenemos dos subgrupos, las parteras que han aceptado el discurso de miedo y se niegan atender por temor a las consecuencias legales, y las parteras que emplean el discurso de miedo y

otros argumentos para no atender los embarazos por cuenta propia en un comportamiento de *brazos caídos*. En ambos casos el objetivo institucional de priorizar el parto institucional sobre el parto comunitario se cumple, con los costos sociales y culturales asociados.

“... Eso que si se llega a morir alguna persona, la paciente o el bebé, nos van a llevar a la cárcel, pues ya por eso no atendemos...”. (PTX239)

c) Obediencia y subordinación a la autoridad

En el momento en que la partera tradicional era capacitada y formaba parte de un equipo con el personal de salud, la relación de colaboración derivó en una relación de subordinación. En el momento actual, la obediencia y la subordinación corresponden mas bien a una aceptación del discurso médico-institucional a fin de mantener el equilibrio en el sistema (Gergen, 2018); evitar la fricción y la pérdida del reconocimiento institucional.

“...yo la verdad ya no tengo permiso para atender, lleno la hoja de referencia y el pase para que se vayan al hospital de Cosco, pero yo ya no les puedo ayudar; me dicen: “no, que hágame el favor”, y las acompaña al hospital...”. (PTX240)

“...Sabes que, mejor vete, le doy su volante de derivación [al hospital], vete. Y me evito también la... ahí empieza la institución con uno a chocar...”. (PTX241)

“... hay mujeres no se quieren ir a hacerse el ultrasonido, los análisis, que no quieren bajar al hospital; por eso pienso que es difícil, hacer entender a las mujeres que bajen a consulta [al hospital]...”. (PTX242)

Desobediencia, simulación y reafirmación del autosignificado

Se identificó que la obediencia y subordinación al discurso médico-institucional puede no ser siempre una aceptación plena del mismo sino una forma de simulación; Es decir, se refiere a parteras que asisten a la capacitación, colaboran en algunas actividades y cumplen con los requerimientos que estipula la institución de salud; sin embargo, siguen siendo leales a su práctica tradicional, mantienen y fortalecen los lazos de confianza con las mujeres de su comunidad, que en complicidad ejercen la partería tradicional aún que la institución de salud busque desalentarla. Este apartado se centra en las parteras tradicionales que han optado por no aceptar o simular la aceptación del discurso médico-institucional.

Esta *desobediencia* y simulación de parte de la partera tradicional parece no estar sustentada en un pleno acto de rebeldía ante las indicaciones institucionales, sino a un acto de lealtad a su práctica tradicional, a los lazos de confianza establecidos con las mujeres de su comunidad, con las familias y la responsabilidad con su comunidad; hay que tener presente que para los significados construidos de las parteras tradicionales, su labor es un don otorgado por Dios para el servicio en su comunidad, que desde su perspectiva esto es un mandato superior a cualquier indicación institucional.

El ejercicio de la partería tradicional de una forma “clandestina” o a espaldas de la institución de salud, se encuentra en complicidad con las mujeres que las consultan, las cuales entienden estos mismos conceptos y son parte del lazo de confianza y lealtad que les unen.

“... Luego [las mujeres embarazadas] van a escondidas a vernos, aunque el médico les diga: no vayas con ellas, porque te van a matar al bebé...”. (PTX243)

“... [los médicos] hasta las amenazan [a las mujeres], les dicen: si te atiendes con partera no te vamos a llevar el control de vacunas de tu niño. Y ellas por temor pues dicen que no lo harán, pero siempre bajo el agua van y buscan a la partera...”. (PTX244)

De igual forma, se identificó que por medio de esta *desobediencia* la partera tradicional recupera parte del terreno interpretado como perdido, recupera parte de su labor y reafirma su autosignificación como partera tradicional; le da sentido a don de servicio y reafirma su vínculo con la fertilidad de su comunidad.

Sin embargo se identificaron dos situaciones de riesgo en las narraciones de las parteras tradicionales, que por medio del vínculo de lealtad entre la partera tradicional y la mujer puede derivar en alguna emergencia obstétrica: a) Parteras que atienden en condiciones de riesgo y b) Mujeres que se ponen en situación de riesgo.

a) *Parteras que atienden en condiciones de riesgo.*

Como ya vimos en apartados anteriores, una de las características que definen a la partera tradicional es su capacidad de resolución en condiciones adversas y mínimos recursos. En una situación de desobediencia y una necesidad de reafirmación en su autoconcepto, existe la posibilidad de atender un embarazo y un parto en condiciones de alto riesgo, aunque la mujer ya haya sido diagnosticada con un embarazo de alto riesgo y una inminente intervención médica o quirúrgica. Existen mujeres que se resisten a la atención hospitalaria o a una cesárea (cuando es necesaria); y también hay parteras tradicionales que requieren recuperar parte de su terreno perdido y están acostumbradas a resolver con los mínimos recursos. El riesgo es que en alguno de estos puntos se comprometa la salud o la vida de la mujer o el neonato de manera innecesaria.

“... hay otras parteras que no, a veces el niño viene sentado, y el médico nos dice, no atiendan ese parto porque el niño está sentado, esta transverso, no pues ahí ni meterse, al menos yo no, y hay parteras que dicen nace porque nace, y te manteo, y te compongo y va a nacer el bebé...”. (PTX245)

b) *Mujeres que se ponen en situación de riesgo.*

En este mismo sentido, las parteras tradicionales narraron que ante la resistencia a recibir la atención hospitalaria, hay mujeres que en sus casas manejan su trabajo de parto con la finalidad de resistir hasta el último momento, para llegar a casa de la partera tradicional en estado expulsivo imposibilitando el traslado de emergencia al hospital y forzar a la partera a atender el parto. En este sentido, la partera tradicional esta instruida por la institución de salud para atender los partos de emergencia, con la finalidad de no comprometer la vida de la mujer y su hijo.

“... ya estaba saliendo la cabeza del bebé, o sea, y la tienes que atender, no puedes decir no en ese momento, como le decía yo al doctor del centro de salud, no pude decir no, no pude decir no y la tuve que atender...”. (PTX246)

De esta forma, se dificulta identificar si son situaciones de riesgo fortuito, acordado o provocado como parte de un comportamiento de *desobediencia* y de lealtad a la comunidad, dentro de ese código de lealtad y secrecía que también une a la partera tradicional y a la mujer.

“... yo ahí deteniéndole la cabeza al bebé, ¿Qué quería que hiciera? Nunca me creyeron [en el hospital], me regañaron, porque nunca me creyeron que fue la mujer llegó en estado expulsivo, vaya nada, ni siquiera alcancé a ponerme guantes, le iba a hacer el tacto y ¿Cuál?!, Si cuando [la mujer] se acomodó, se vieno el chamaco...”. (PTX247)

El comportamiento de *desobediencia* de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales no responde a actos viscerales o de desafío a la institución, mas bien parece corresponder a una defensa o recuperación del terreno perdido en su práctica tradicional. En esta *desobediencia* se encuentran integrados los lazos de confianza establecidos con las mujeres y sus embarazos, los lazos de lealtad y compromiso con la comunidad que les da su reconocimiento, la defensa de la fertilidad y maternidad comunal, la experiencia emocional que les vincula con el embarazo y el parto.

“... No tenemos miedo [de atender], sino que no nos dejan...”. (PTX248)

Por otra parte, se identificó que el comportamiento de *desobediencia* se entiende como un acto de reafirmación a su autosignificación como partera tradicional, un intento de recuperar el ejercicio de su labor tradicional que le da sentido a ese don divino que le fue conferido.

En este sentido, el comportamiento de *simulación* es un terreno neutral en el cual la partera tradicional puede permanecer cerca de la institución, obtener las herramientas necesarias para esquivar el conflicto, y tratar de recuperar de alguna forma el terreno perdido en el equipo de trabajo con el personal médico, buscando la legitimación que le otorga el reconocimiento institucional. La partera tradicional aprendió que no puede pelear el terreno perdido con la institución, no hay igualdad de fuerzas. Un comportamiento de *simulación* es otra forma de ganar terreno y hacer que la partería tradicional trascienda en el tiempo a las dificultades operativas.

*“... Mientras haya personas que confíen en nosotros, y nosotros tenemos la vocación de atender... la vocación y un deber como parteras, mientras se le pueda ayudar, se les seguirá atendiendo...”.
(PTX249)*

Conclusiones

La separación de las parteras tradicionales de la operatividad institucional en materia de salud obstétrica fue significada como un despojo, en un primer momento de su labor tradicional en sus comunidades, y en un segundo momento de la relación de equipo con las instituciones de salud. Esta separación incluyó no solo la pérdida del territorio y relaciones establecidas, sino que vino acompañada de una campaña de desacreditación a su persona y labor como parteras tradicionales.

De esta forma, el terreno construido como de mutua colaboración entre personal médico y parteras tradicionales se transformó en un espacio de disputa, de imposición de saberes, desencuentros y amenazas. Provocando la ruptura de los lazos de confianza que permitieron ser una red de soporte para las mujeres embarazadas, de las zonas más marginadas de la región.

Estas fricciones han provocado un desgaste en el ánimo de las parteras tradicionales, así como una fragmentación de su autoconcepto; provocando confusión en las parteras tradicionales sobre sus conocimientos, su importancia en la comunidad y el sentido de su servicio tradicional.

El desgaste en las relaciones de la partera tradicional con el personal médico ha provocado un comportamiento de *brazos caídos*; en el cual, la partera tradicional ha decidido ajustarse a los requerimientos institucionales, así como adoptar e integrar el saber institucional a su labor. Sin embargo, existen parteras tradicionales que han decidido priorizar el empoderamiento de su labor, proteger el vínculo de lealtad con las mujeres de su comunidad y ejercer la partería tradicional; aunque ello implique un comportamiento de *desobediencia* a indicaciones institucionales.

En este sentido, se materializa un conflicto inequitativo de saberes en el que se impone el discurso médico sobre la tradicionalidad, en el que el terreno de disputa es la salud de las mujeres, sus derechos reproductivos y el ejercicio de la tradicionalidad que parte de su cosmovisión.

Cuadro resumen

Tema	Subtema	Ideas
<i>Despojo institucional</i>	Pérdida de territorio y desacreditación	Desacreditación de la práctica tradicional Reconocimiento, pero pérdida de territorio
	Ruptura del lazo de confianza	El miedo y amenaza son empleados como mecanismo para desalentar la práctica tradicional, así como la ruptura del lazo de confianza entre la mujer y la partera tradicional.
	Ruptura del lazo de colaboración	El miedo y las amenazas tienen impacto en los lazos de colaboración con la institución, derivando en conflictos y desencuentros.
	Resignificación del médico institucional	Persona poco empática, sin vocación de servicio, y que se encuentra al margen de la ley, Contraponiéndose con su concepto de partera tradicional. La remuneración se relaciona con la vocación.
<i>Fragmentación del autoconcepto</i>	Impactos y cambios sociales	Desgaste de los lazos de confianza Pérdida del concepto de “pujar” Creencias sobre el cuerpo y el parto Pérdida y desinterés a la continuidad tradicional
	Obediencia y brazos caídos	Desgaste y negativa de atención Aceptación del discurso de miedo Obediencia y subordinación a la autoridad
	Desobediencia, simulación y reafirmación del autosignificado	Acto de lealtad a su práctica tradicional Parteras atienden en situaciones de riesgo Mujeres que se ponen en riesgo
<i>Conclusiones</i>	Se manifiesta un conflicto inequitativo de saberes en el que se impone el discurso médico sobre la tradicionalidad, en el que el terreno de disputa es la salud de las mujeres, sus derechos reproductivos y el ejercicio de la tradicionalidad que parte de su cosmovisión.	

8. Discusión

Butler & Bixio (2015) señalan que, al partir de una visión patriarcal, la biomedicina o medicina oficial desvaloriza el saber de la mujer respecto a su embarazo y su parto, despojándola de su voluntad, su capacidad de escuchar, entender y decidir sobre su cuerpo; es decir, la mujer pierde su cuerpo. El saber del personal médico es visto como el único saber, como la única autoridad, posicionando a la mujer y al o la bebé como agentes pasivos que no tienen posibilidad de decidir nada sobre su parto y nacimiento (Davis-Floyd & Sargent, 1996). Se le quita a la mujer el poder sobre su propio cuerpo, traspasándosele al sistema biomédico (Botteri, 2019); se desvaloriza la importancia e impacto de la experiencia subjetiva de la mujer y el o la bebé; y en este sentido, pierden toda posibilidad de potenciar y manejar los recursos biológicos de la madre en su propio trabajo de parto (Rodrigáñez, 2010). De esta misma forma, se podría explicar también la desvalorización del saber de la mujer-partera tradicional respecto al embarazo de otra mujer; saber que ha sido construido a partir del diálogo, la tradición y empatía, lo cual resulta incompatible o contrapuesto al discurso institucional hegemónico y patriarcal.

Los conceptos que las personas construyen de sí mismas, de sus experiencias y de su mundo, son cambiantes; diversas situaciones y factores pueden favorecer a su construcción, deconstrucción y reconstrucción (Gergen, 2018; Agudelo-Bedoya & Estrada-Arango, 2012; Gergen & Gergen, 2011). En el caso de las parteras tradicionales, se observa que el significado de sí mismas y de su actividad de partería, ha pasado por un proceso que podemos describir en tres etapas; 1) Valoración y priorización del saber tradicional heredado; 2) Vinculación con la institución, que marca el periodo en que la partera tradicional es reconocida y vinculada a los procesos en salud obstétrica; y 3) Desvinculación, el cual desarrolla el despojo de la partera de su práctica tradicional.

Valoración y priorización del saber tradicional heredado

En esta primera etapa el autosignificado de partera tradicional se relaciona a saberes heredados que tienen como finalidad dar un servicio; implica haber recibido un “don divino” para otorgar el servicio, que ponen a disposición de la comunidad y de las mujeres en particular con la finalidad de dar seguimiento al embarazo, proteger a la mujer y culminar en el parto por medio de métodos tradicionales. Cabe señalar que las parteras tradicionales tienen como base un concepto de embarazo y nacimiento que difiere al concepto empleado en el medio hospitalario, lo cual da pie a la manera en que se aproximan a la mujer embarazada.

Desde una cosmovisión tradicional y en congruencia con la literatura, se considera el nacimiento como el primer acto de mayor espontaneidad en la vida de las personas (Botteri, 2019); que para que se logre de la mejor manera es indispensable que se cubran las necesidades básicas de la mujer, como son la seguridad al parir, intimidad y calidez ambiental (Odent, 2004). Esta perspectiva se encuentra presente en las narraciones de las parteras tradicionales, quienes por medio del contacto y lazo de confianza atienden las condiciones físicas, emocionales y espirituales de las embarazadas, así como con su familia y descendencia (Sarmiento et al., 2020).

De esta forma, el hogar es el mejor lugar para parir ya que es considerado un espacio de libertad, de comodidad y de mayor seguridad para la mujer (Schallman, 2012). La mujer que pare en su casa lo hace en una atmósfera de confianza que favorece la relación madre-hijo; mientras que quien lo hace en hospital se hace dependiente del sistema (Botteri, 2019); por lo que las parteras tradicionales refieren que su espacio de atención del parto debe ser ese lugar de libertad y confianza para parir.

En este sentido, atender el estado emocional y anímico de la mujer durante el embarazo resulta indispensable para evitar complicaciones durante el parto; sin embargo de acuerdo a la perspectiva de las parteras tradicionales, el clima de seguridad y confianza debe de trascender de la mujer al niño, al cual lo consideran un sujeto activo y parte del equipo en la trascendencia de nacer, que de igual forma requiere esta atmosfera de seguridad para lograr un buen nacimiento; por ello, la partera favorece la confianza entre la madre y su hijo, estimula el vínculo de apego entre ambos ya que sin este vínculo el bebé podría morir (Botteri, 2019). Como señala Schallman (2012), el nacimiento no es un experimento científico, más bien es una experiencia llena de emotividad en la que es inevitable el involucramiento emocional. Siguiendo a Odent (2004) podemos decir que la capacidad de amar de un humano se desarrolla en el periodo comprendido entre su nacimiento y la expulsión de la placenta.

Sarmiento et al. (2020) señalan que existen factores protectores del embarazo y el parto que se relacionan con la participación masculina en la salud materna y con el uso de métodos naturales para la atención pre y post parto; esto es congruente con lo narrado por las parteras tradicionales quienes consideran relevante el involucramiento activo de la pareja (y/o de la familia) en el parto, así como del uso de remedios tradicionales y de tratamientos con herbolaria, así como la orientación sobre su alimentación durante su embarazo, puerperio y lactancia.

Por otro lado, Odent (2004) refiere que una partera representa una figura materna, un prototipo de seguridad para las mujeres; es una figura ante la cual las mujeres no se sienten observadas ni juzgadas. Esto podría explicar por qué las mujeres (embarazadas o no) acuden a las parteras tradicionales en busca de consejos sobre aspectos relacionados con su vida sexual, reproductiva o emocional. También es costumbre en estas comunidades que las niñas y los niños nombren “madrina” a las parteras tradicionales que intervinieron en su nacimiento.

El hecho de que las parteras tradicionales resuelvan situaciones complejas del parto con los mínimos recursos, también evoca la imagen de madre. Existen regiones del país en donde las parteras tradicionales son de vital importancia para la salud obstétrica de su población, esto a pesar de que no cuenten con el instrumental y los espacios adecuados para dar atención y respuesta al cúmulo de problemas de salud de las mujeres (Sánchez et al., 2019). En Chiapas, uno de los estados con un índice desproporcionado de muertes maternas con respecto al resto del país (más acentuado en comunidades indígenas), las parteras tradicionales han logrado coadyuvar a disminuir la muerte materna a pesar de los recursos limitados y las condiciones precarias (García & Potts, 2019).

Tal como se identificó en el grupo de parteras tradicionales de este estudio, también se ha identificado en otras partes del país la concepción de la partería como un don otorgado por Dios o una fuerza sobrenatural. En el caso de Chiapas, García & Potts (2019) refieren que, de acuerdo a las parteras tradicionales de su región, la partería es un don que puede ser otorgado por medio de los sueños con la finalidad de dar servicio a su comunidad, se puede transmitir de un familiar a otro, dando continuidad a un saber tradicional a través de las generaciones (Álvarez & Miranda Orrego, 2014).

De esta forma, en esta etapa el autosignificado de la partera se vincula con un parto natural, con el hecho de cubrir las necesidades objetivas y subjetivas de la mujer para lograr un nacimiento adecuado y sin complicaciones, considerando al niño como un sujeto activo y parte de esta trascendencia de nacer. Es de esta forma que la partera tradicional le da sentido al don que le fue conferido para otorgar el servicio, al vínculo de confianza establecido con la mujer y su familia, y lo que considera como su vocación de vida.

Vinculación institucional

La etapa de vinculación institucional se da a partir de la llegada de las instituciones de salud pública, que buscan relacionarse con las parteras tradicionales de la región por medio del establecimiento de un vínculo denominado *interrelación* (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013). A través de esto se buscó la posibilidad de acceder a las comunidades más marginadas por medio de las parteras tradicionales; incidir en la salud obstétrica y disminuir las muertes maternas y neonatales, que podemos considerar producto de la marginación y la poca capacidad de reacción ante las emergencias, falta de cobertura institucional y dificultades de acceso.

El un principio la *interrelación* entre parteras tradicionales e institución se caracterizó por el reconocimiento institucional a las parteras tradicionales, acompañado de procesos de capacitación a las parteras y un trabajo intercolaborativo. La capacitación a las parteras tradicionales es permanente por normatividad institucional; se realiza una sesión de capacitación al menos una vez al mes, sin que esto forzosamente resulte en una mejor práctica, fomento de la partería tradicional o mejores estrategias de intervención.

Argüello-Avendaño & Mateo-González (2014) refieren que la capacitación institucional tiene como finalidad “profesionalizar” a las parteras tradicionales, pero al tener como referencia la práctica institucionalizada y la perspectiva biomédica, se limitan sus funciones sociales y rituales establecidos por su cosmovisión y tradición comunitaria, considerando a las parteras tradicionales como el agente a ser capacitado para que no represente un riesgo (Clastres, 1981)..

A este respecto, Foucault (2009) refiere que el poder tiene el poder de imponer un saber y una verdad sobre la realidad, de indicar lo que es una “buena o mala” práctica -sin que esto forzosamente

corresponda a una evidencia científica- y normalizarla como parte de una realidad construida. En este sentido, es la verdad institucional sobre la realidad sociocultural de las parteras tradicionales. En estas “capacitaciones” se ha privilegiado el saber médico-institucional, dejando en segundo lugar al saber tradicional de las parteras.

La instauración de la verdad institucional se ejerce de manera sutil por medio del lenguaje y procedimientos (Foucault, 2019), tal como se puede evidenciar en el relato de las parteras tradicionales. Si bien en el inicio de la interacción entre parteras tradicionales y médicos se reconocía, al menos en el discurso, la labor y los conocimientos de la partera tradicional, en la práctica se le menospreciaba y el mensaje que se les mandaba era que los procedimientos médicos son los que se debían seguir, no los tradicionales.

Las parteras tradicionales buscan recibir reconocimiento por parte de la institución de salud, así como la ayuda económica y la certificación de capacidades que otorgan dicha institución, esto lo logran apegiéndose a los estándares de la institución de salud y obedeciendo las directrices que les establecen para el ejercicio de su labor como partera tradicional, aunque ello implique limitar su actuar tradicional o social hacia el interior de sus comunidades.

Derivado de su participación en los cursos de capacitación y adiestramiento, las parteras tradicionales portan la filipina oficial con logotipos institucionales, con la cual se les identifica y reconoce como parteras capacitadas; se les otorga material de curación cuando hay excedente en inventario y se les ofrece la posibilidad de recibir alguna ayuda económica, y también se les incluye en el “padrón” de parteras “pertenecientes” a alguna de las instituciones de salud, para así llevar el control de sus actividades, su registro y seguimiento. De esta forma, se ejerce el adoctrinamiento de las parteras (Foucault, 2009), sometiéndose a la institución de salud y directrices institucionales, lo cual genera confusión en el significado de sí mismas y de su labor tradicional; teniendo como efectos la fractura de su

autosignificado, la desacreditación de sus saberes tradicionales y la instauración del discurso médico-institucional (Clastres, 1981).

Finalmente, la estrategia de *interrelación* parece haber surgido con la intención de generar un vínculo de mutua colaboración entre la institución de salud y la partería tradicional local; en esta etapa se le otorga reconocimiento, capacitación y se plantea un trabajo en equipo con la finalidad de atender la salud obstétrica de las comunidades marginadas. Sin embargo de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales, se identificó que la capacitación institucional gira en torno a desalentar e infligir miedo en la práctica de la partería tradicional, y por medio de la *interrelación* ejercer un control que regule sus actividades comunitarias (Argüello-Avenidaño & Mateo-González, 2014); para finalmente, imponer el discurso médico-institucional sobre los saberes tradicionales que representa la partería tradicional; es decir, reducir las diferencias entre saberes que pudieran convertirse en una oposición que desequilibre el sistema de salud institucional, logrando así iniciar un proceso social denominado como etnocidio (Clastres, 1981).

Desvinculación

Cuando por política nacional el sector salud se marcó como objetivo centralizar los servicios obstétricos, las parteras tradicionales dejaron de ser consideradas dentro de su operatividad; se rompió el vínculo que se había construido como equipo de trabajo con la institución, dejando de ser consideradas en actividades operativas al interior de los centros de salud. En este sentido, la práctica de la partería tradicional pasó de ser una práctica a sustituir gradualmente, a una práctica a extinguir por medio de la plena desacreditación; con la finalidad de incrementar de forma contundente los partos hospitalarios.

De esta forma, la *interrelación* se mantiene como método de control (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014), y la capacitación como forma de instalación del discurso médico-institucional (Clastres, 1981). Sin embargo, la política de inhibir esta práctica tradicional y primar el parto hospitalario tuvo un fuerte impacto en el auto concepto de las parteras, las cuales significaron esto como un despojo de su labor tradicional.

Despojo y subordinación

De acuerdo a Argüello-Avendaño & Mateo-González (2014), existen dos ejes por los que se expone el método por el cual los médicos despojan y subordinan a las parteras tradicionales al campo científico-laboral: a) mediante un discurso degradante de los saberes empíricos y b) por medio de la capacitación institucional que tiende a desconocer su saber tradicional, con la consecuente sustitución de sus habilidades por conocimientos de la ciencia médica, lo cual coincide con lo planteado previamente.

El discurso degradante se fundamenta, de acuerdo a Foucault (2019), por medio de un mayor posicionamiento social del discurso médico apoyado en avances científicos y un desprecio de los saberes empíricos, con el consecuente desplazamiento y subordinación de las parteras tradicionales (Díaz & Oropeza, 2007).

De acuerdo a Sánchez et al., (2019) el personal médico percibe la partería tradicional como un ejemplo de atención rudimentaria y caduca, por lo que se considera indispensable reducir su campo de acción y acotar sus actividades con las mujeres embarazadas y sus bebés; es decir, no hay suma de fuerzas sino una persistente pugna. En este sentido, la partera tradicional es considerada como un factor de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos, generando impacto en su autosignificación,

perdiendo el sentido a su quehacer tradicional; así como, su concepto de don otorgado Dios para el servicio termina por carecer de razón.

Quiebre en la construcción de significados.

Echeverría (2011) define el *quiebre* como la interrupción del fluir transparente de la vida, perdiendo de manera repentina la relación entre el sujeto y el objeto; que después de un periodo de tiempo entre el juicio y el entendimiento de la situación, reconfigura su esquema de significados de acuerdo a un juicio derivado del impacto del *quiebre*. En este sentido, la vivencia de un cambio de paradigma en una persona que por característica es tradicional, puede implicar profundos cambios en su esquema de significados sobre ella misma, la institución y la relación con su labor.

Esta serie de *quiebres* por causas externas en las parteras tradicionales que en este caso son consecuencia un cambio de paradigma institucional, que impactó la forma de ejercer su labor en su comunidad, y el sentirse despojadas por el personal médico; fue interpretada por las parteras tradicionales de manera polarizada, siendo para algunas un ataque directo a sus saberes y a sus quehaceres tradicionales que le dan sentido a su existencia; así como interpretado por otras como la oportunidad de ver sus saberes tradicionales legitimados por una institución de salud, aunque ello implique introducir nuevos significados o quehaceres que contradigan a su sistema de creencias.

En este sentido, los *quiebres* por causas internas se manifiestan por medio de las decisiones internas que manifiestan las parteras tradicionales; es decir, a partir de la decisión de cada una de ellas respecto a como hacer frente ante estos cambios de paradigma en su relación con la institución de salud, y su propio quehacer tradicional. Es decir, decidir ajustarse a las normas impuestas por la institución de salud referentes a su actuar tradicional, sus saberes y su forma de ejercer su tradición; o decidir rechazar

este cambio de paradigma y buscar alternativas para ser congruentes con su autosignificación como parteras tradicionales; o rechazar ambas formas, no aceptar del todo este cambio de paradigma, pero tampoco seguir ejerciendo su labor tradicional cayendo en un estado de derrota ante este cambio de paradigma, en el que deciden no luchar contra el sistema con la finalidad de subsistir ante el cambio, abrazar el recuerdo de sus creencias y acciones tradicionales, y mantenerse de alguna manera “vigente” ante su comunidad.

Este cambio de paradigma institucional para centralizar toda la salud obstétrica en un modelo hospitalario, implica una serie de *quiebres* en la construcción de significados y autosignificados en las parteras tradicionales, que pueden ser interpretados como positivos o negativos en el ejercicio natural de su quehacer tradicional, que a su vez impacta en *quiebres* internos que llevan a acciones que de igual forma pueden ser de beneficio o perjuicio para ellas mismas o en relación con las instituciones de salud.

Biopolítica

Podemos decir que la biopolítica, en el caso que nos ocupa, se ejerce sobre los cuerpos de las embarazadas y sus bebés, a través del discurso médico que determina lo que es correcto o incorrecto en el proceso de embarazo y parto de la mujer, sin que ello forzosamente sea correspondiente a procedimientos con estricta evidencia científica; la biopolítica rige el control de la natalidad y salud reproductiva a partir de modelos de producción capitalista (Foucault, 2019), los instauro y los normaliza como parte de este proceso de control; sin que ello sea correspondiente a preceptos sociales, culturales o de carácter tradicional de algún grupo social.

La biopolítica plantea que el control de la sociedad y los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo (Foucault, 2011), ya que el objetivo final del biopoder es la gestión total de la vida (Foucault, 2019). En este sentido, la política institucional de concentrar toda la salud obstétrica en un espacio hospitalario, correspondería más a un modelo de control que a una acción puramente de salud pública; implicando con ello el despojo de las parteras tradicionales como mujeres de saber, de su quehacer social, y parte de un patrimonio cultural de sus comunidades rurales.

En este sentido, uno de los cuestionamientos feministas más agudos a la medicina androcéntrica se relaciona con la expropiación de la salud (Gervás & Pérez, 2015) y el saber de las mujeres (Botteri, 2019); los cuales se refieren a la enajenación de la mujer del propio saber sobre su cuerpo, y con ello la eliminación de su capacidad de decidir sobre su forma de parir; pero también se desvaloriza el conocimiento de la partera tradicional que es en quien la mujer confía y se apoya. Es decir, en todo sentido se elimina cualquier saber femenino sobre la salud obstétrica que vulnere o cuestione el “saber” institucional. Resultando esto en que la mujer y su hijo sean solo sujetos pasivos, que entreguen la voluntad de su cuerpo al saber médico, que el nacimiento se reduzca a la “cosa” a intervenir o estudiar, y el saber de la partera tradicional se reduzca a una práctica no adecuada y un potencial factor de riesgo a erradicar.

Resistencia al poder

Ante un *quiebre* en la construcción de significados también se genera un juicio de valor que lleva a una reinterpretación de los hechos (Echeverría, 2011), de esta forma y de acuerdo a las narraciones,

existen parteras tradicionales que se sujetaron a las directrices establecidas por la institución de salud haciendo a un lado su práctica social y desvalorizando su saber; pero también existen parteras que, al margen de las mismas directrices, decidieron ser fieles a su labor tradicional y realizar revisiones de embarazos, acomodo de bebés, remedios herbolarios, etc. (Álvarez & Miranda Orrego, 2014); esto lo realizan en complicidad con las mujeres embarazadas como parte de esta resistencia a ser sujetadas al discurso médico-institucional; manifestando la resistencia natural ante el poder, ya que “no hay relaciones de poder sin resistencias” (Foucault, 2019, p.59).

De igual forma, desde la perspectiva de Simone De Beauvoir (2017), hay mujeres-parteras que decidieron sucumbir ante el discurso médico patriarcal y mantenerse en un estado de *inmanencia*, cediendo su voluntad al poder, y ajustarse a sus directrices sin cuestionarse las razones; quizá como instinto de supervivencia para mantenerse vigentes y no desaparecer ante el no reconocimiento institucional. Pero también hay mujeres-parteras que decidieron mantenerse en un estado de *trascendencia* por medio de su emancipación del discurso médico oficial, ser fieles a sus tradiciones y a su proyecto de vida, en complicidad con las mujeres embarazadas, que también son parte de este sistema y las une el lazo de confianza y lealtad.

Ser fieles a su tradición puede también implicar la creación de un falso estado de *inmanencia* para evitar represalias institucionales; de esta forma, asisten puntualmente a su capacitación y atienden los requerimientos administrativo institucionales solicitados; pero, manteniendo su práctica tradicional en “clandestinidad”; que, aunque ante la ley no está prohibido, el discurso médico androcéntrico lo condena.

Las parteras tradicionales son percibidas como un obstáculo por el personal médico (Sánchez et al., 2019), han sido desvalorizadas ellas y sus conocimientos tradicionales, y se han sometido al discurso médico (Díaz & Oropeza, 2007). De esta forma, de acuerdo a los relatos de las parteras tradicionales, la relación con el personal médico de las instituciones de salud puede ser ríspidas, de desacuerdos, de difícil

entendimiento y de fuerzas asimétricas, considerando que dicha institución puede ser un peligro para la salud obstétrica. De esta forma, el terreno de interacción y disputa es la libertad del cuerpo de las mujeres y su salud obstétrica, quienes viven al interior de la institución tratos significados como violentos; pese a esto se sienten obligadas a asistir a los servicios médicos, para posteriormente validar la información con su partera tradicional con quien también se apoyan emocionalmente.

La a violencia obstétrica ejercida sobre las mujeres embarazadas de manera sistemática, ha favorecido al temor y al rechazo hacia los servicios hospitalarios (Peron-Giixa & Silva-Marques Ferreira, 2011), lo cual puede derivar en una emergencia obstétrica que culmine en una muerte materna o neonatal. Como señalan Colombara et al., (2016), vivir una experiencia de maltrato incrementa en las mujeres embarazadas la resistencia a la atención institucional, ya que las vivencias de estas mujeres en torno al parto y al nacimiento afectan directamente sus percepciones y creencias respecto a dichos eventos (Peron-Giixa & Silva-Marques Ferreira, 2011).

En este terreno de interacción y disputa establecido entre la partera tradicional y la institución de salud, se encuentran integradas las mujeres usuarias de ambos servicios de salud obstétrica. En dicho terreno de interacción y disputa las fuerzas son asimétricas. Por una lado se encuentra la institución de salud que es portadora de la “verdad médica” legitimada (Foucault, 2011), y por el otro las parteras tradicionales y mujeres embarazadas que “únicamente” cuentan con sus usos y costumbres; así, esta disputa de fuerza asimétricas se materializa por medio de violencia física o simbólica (Bourdieu, 2007), desde la superioridad institucional sobre la vulnerabilidad de la partera tradicional y las usuarias; sin embargo como se veía anteriormente, desde la perspectiva de Michel Foucault (2019) *donde hay poder siempre habrá resistencia al poder*, y el equilibrio de fuerzas puede darse en la alianza entre la partera tradicional y las mujeres embarazadas o usuarias de los servicios, quienes por medio de sus lazos de confianza, lealtad y usos y costumbres logran amortiguar lo que perciben como abuso institucional.

A las parteras tradicionales se les ha considerado y se les ha dado reconocimiento por que han sido de utilidad para el sistema de salud pública. Sin embargo, ello implica que las parteras son toleradas por el Estado en cuanto no cuente con alternativas médicas más viables (Sieglin & Sánchez, 2019), o no logre una cobertura mayor en las zonas más marginadas del país.

Etnocidio

Clastres, (1981) refiere el etnocidio como la destrucción sistemática de los modos de vida y pensamiento diferentes o que se contraponen a lo establecido por el Estado. La diferencia desestabiliza al que ostenta el poder, por lo que le es prioridad “igualar” al “otro”, con la finalidad de mantener su equilibrio.

A diferencia del genocidio, el etnocidio pretende “mejorar” al otro por medio de la educación, adiestramiento o evangelización; en este sentido, el genocidio extermina el cuerpo y el etnocidio el espíritu (Clastres, 1981); por una consideración a priori que el “diferente” es el que tiene que cambiar para no ser una diferencia que desestabilice el sistema.

Esta perspectiva etnocida se encuentra presente en la desacreditación de la partería tradicional, la imposición de procedimientos y prácticas médicas-institucionales, y en el mecanismo de capacitación obligatoria a parteras tradicionales con una perspectiva biomédica. De igual forma el etnocidio se manifiestan y materializan por medio del lenguaje, cuando se dice “hay que capacitar a las parteras” se da por sentado que no cuentan con el conocimiento suficiente; “Capacitarlas para disminuir las muertes maternas” se asume que la práctica de la partería tradicional y el desconocimiento son las causas, sin que ello implique una evidencia científica que lo demuestre. Y finalmente, en el paradigma “partería

profesional” se refiere a estudios obstétricos con una perspectiva biomédica; pero también se asume que la partería tradicional es la “otra partería” que no es profesional y que requiere mayor capacitación. Considerando lo anterior podemos decir que se ejerce el etnocidio desde una perspectiva etnocentrista de manera sutil pero constante, que tiene la misma finalidad de igualar las diferencias del “otro” que no están bajo el poder del Estado y es un potencial peligro de desequilibrio causa del cuestionamiento de su autoridad (Clastres, 1981).

De esta forma, como respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los significados construidos en torno a la partera y la partería tradicional y sus efectos en esta práctica sociocultural?, encontramos que los significados construidos por las parteras tradicionales, se encuentran regidos por un proceso desarrollado en tres etapas en su construcción: a) Valoración y priorización del saber tradicional heredado, b) Vinculación institucional y c) Desvinculación.

a) Valorización y priorización del saber tradicional heredado: Ser partera tradicional es significada como un “Don divino” de origen religioso, el cual tiene como objetivo otorgar un servicio a las mujeres de su comunidad a través de sus embarazos; así como, coadyuvar a la cobertura satisfactoria de las necesidades objetivas y subjetivas de la mujer durante el embarazo y parto. Para las parteras tradicionales el embarazo y el parto corresponden a un orden natural, de contacto consigo mismas y su feminidad, en el cual las mujeres trascienden a la maternidad y florece su capacidad de “dar vida” por medio de su fertilidad. En este sentido, el ejercicio de la partería tradicional se relaciona con actividades sociales que corresponden a una tradicionalidad, que genera lazos de confianza, lealtad y complicidad, entre la partera tradicional, la mujer y su familia; generando a su vez, lazos sociales en la comunidad, unidos a través de la partera tradicional por sus conceptos de fertilidad, nacimiento y trascendencia.

b) Vinculación institucional: El vínculo establecido como *interrelación* por las instituciones de salud con las parteras tradicionales, estimuló significados de empoderamiento y legitimidad en ellas,

potencializando su práctica tradicional; significado por ellas como un trabajo en equipo junto con las instituciones de salud, en el cual tenían como objetivo en común salvaguardar la seguridad obstétrica de las mujeres de su comunidad; significando que por medio del reconocimiento y legitimidad las colocaría en una posición de igualdad con las instituciones de salud, favoreciendo la mutua colaboración.

c) Desvinculación: La política de centralización de la salud obstétrica comunitaria y hospitalización del parto, ejercida principalmente por el IMSS-Prospera (ahora IMSS-Bienestar), fue significada por las parteras tradicionales como una contradicción a los lazos de mutua colaboración con las instituciones de salud, al trabajo en equipo, y como un despojo de sus prácticas tradicionales. Generando de esta forma, dos formas de interpretación del significado de *interrelación*, como un elemento a ajustarse aunque ello implique perecer su práctica tradicional, con el fin de persistir; o como un elemento a evadir o contradecir de manera directa o indirecta por medio de un doble discurso, con el fin mantener la lealtad a sus significados y de darle continuidad a su práctica tradicional.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra que se encuentra enmarcado dentro de una región del estado de Veracruz, se refiere a la realidad construida de las parteras tradicionales dentro de esta demarcación territorial, no pretende de ninguna forma generalizar estos significados construidos a otras regiones del país, aunque existan otros estudios realizados en otras demarcaciones territoriales con algunos resultados coincidentes o convergentes. De igual forma, no se descarta la posibilidad que existan otras variables no consideradas en esta investigación, que contribuyan a dar respuesta a la disminución de esta práctica tradicional, o que permitan dimensionar la problemática desde otro punto de vista que genere otras respuestas.

Por ello, se recomienda para futuras investigaciones replicar este estudio en otros contextos sociales, a fin de encontrar patrones que permitan conocer una realidad colectiva mas amplia, para la generación de políticas públicas mas congruentes con una realidad nacional; o por el contrario, generar

estrategias en materia de salud pública particularizada por regiones, respetando la multiculturalidad característica de México, así como los usos y costumbres de las comunidades rurales y grupos indígenas.

9. Conclusiones

Se entiende como fragmentación del autoconcepto como el proceso mediante el cual los significados socialmente contruidos en torno al Ser y quehacer -en este caso de las parteras tradicionales-, se han visto afectados por una serie de *quiebres* (Echeverría, 2011) que han impactado en su autoconcepto y su actuar tradicional, alterando su natural forma de construcción.

Este autoconcepto fragmentado se manifiesta al existir confusiones en donde antes existían certezas. Parteras tradicionales que ya no se identifican del todo como tradicionales, pero tampoco como personal médico; que se encuentran en la disyuntiva de seguir siendo líderes en su comunidad o solo limitarse a canalizar a las mujeres al centro de salud; hacer recomendaciones de medicina tradicional o recetar analgésicos, hacer contacto profundo con las mujeres y su maternidad o mantenerlas en una posición “prudentemente distante”.

De esta forma, la partera tradicional se encuentra justo en medio de estas dicotomías, entre lo que considera correcto de acuerdo a su tradicionalidad, y lo que la institución de salud le ha instruido -o impuesto- sobre lo que “debe ser”. Provocando una autosignificación saturada de contradicciones sobre su Ser y quehacer, confusiones en su proceder y en como hacer contacto con la mujer, su maternidad, la comunidad y consigo misma.

Este autoconcepto fragmentado se asocia con un desgaste emocional y una pérdida de sentido en las parteras tradicionales respecto a su labor; esto motivado principalmente por tres aspectos: a) Diferenciación de significados de las parteras tradicionales con el personal médico, b) Terreno de interacción y disputa, y c) Ambivalencia en el discurso de reconocimiento y destierro de la partería tradicional.

a) *Diferenciación de significados de las parteras tradicionales con el personal médico*: El Ser partera tradicional parte de un Don divino que le fue otorgado desde sus creencias religiosas o espirituales,

con la finalidad de velar por la salud de la maternidad en su comunidad, de tal forma que la partera tradicional “es” a partir de lo que hace y no solo de lo que sabe u ostente.

A diferencia de ello, la partera tradicional considera que el personal médico cuenta con conocimientos de origen escolarizado, oficializado, y que pertenecen exclusivamente a quien porta el título. De esta forma, se encuentran sujetos a un empleo remunerado y enmarcado dentro de un horario laboral, que representa una visión institucional y se ajusta a una serie de políticas internas, sin que ello implique forzosamente lo mejor para la mujer y su maternidad; lo que se contrapone con su concepto de Ser partera tradicional.

De igual forma, los significados construidos en torno al parto han generado diferencias en la manera en que médicos y parteras tradicionales se aproximan y tratan a la mujer y su embarazo. Institucionalmente el nacimiento es significado como una intervención médica quirúrgica; mientras que la partera tradicional significa el parto como algo natural, que debe ser atendido como una experiencia íntimamente emocional, ya que por medio de este acontecimiento la mujer trasciende a la maternidad y contacta con su feminidad. En este sentido, la partera tradicional busca cubrir de manera orgánica, por medio de la tradición, las necesidades de seguridad, intimidad y calidez ambiental que la mujer embarazada requiere para un parto sin complicaciones.

De esta forma, los significados construidos por las parteras tradicionales sobre si mismas y su labor, se contrapone contrastantemente con su interpretación de los procedimientos hospitalarios a un nivel casi antagónico; estableciendo un espacio propicio para que en la interrelación se propicien desencuentros de visiones y dificultades de interacción, que ante una interacción inadecuada puede conducir a espacios de disputa.

b) Terreno de interacción y disputa: Este espacio establecido debido a las diferencias de realidades de las parteras tradicionales con los procedimientos médico institucionales, se manifiesta por medio de relaciones ríspidas en la disputa de los territorios; en este caso, la maternidad, el cuerpo de la mujer y las formas de atender; materializándose en eventos de violencia obstétrica, discriminación, imposición de saberes, amenazas y violación a derechos reproductivos y culturales. Disputa con desigualdad de fuerzas entre la institución de salud y las parteras tradicionales, contribuyendo al desgaste emocional, apatía y frustración de éstas.

c) Ambivalencia en el discurso de reconocimiento y destierro de la partería tradicional: La práctica de la partería tradicional se encuentra contemplada y reconocida en diferentes marcos normativos a nivel nacional e internacional, en México la Comisión de Derechos Humanos (2017a) reconoció a la partería tradicional como patrimonio cultural inmaterial en México. Sin embargo esto se contrapone con la política de centralización de la salud obstétrica en instalaciones hospitalarias y la monopolización del parto.

El desgaste emocional, apatía y frustración manifestado por las parteras tradicionales producto de una autosignificación fragmentada, puede dar respuesta a la drástica disminución de esta práctica tradicional, así como en el número de parteras tradicionales registradas por las instituciones de salud; teniendo consecuencias contundentes en lo sociocultural y en materia de salud reproductiva.

Las consecuencias en el aspecto sociocultural se refiere a la pérdida del patrimonio inmaterial al que se refiere la Comisión de Derechos Humanos (2017a), por medio de la imposición de saberes y prácticas etnocidas. Pero también en un aspecto funcional, se pierde la interacción y contacto cercano con las mujeres embarazadas y sus familias, imposibilitando el ejercicio de una maternidad no hospitalizada ni medicalizada, de forma natural, que de acuerdo a su cosmovisión es en su casa, en la compañía de su familia y cuidada por su partera tradicional.

Por otro lado, se tienen que considerar la pérdida del potencial sanitario que representa la partera tradicional para las instituciones de salud, especialmente en las comunidades de alta marginación, difícil acceso y sin cobertura de salud. Potencial sanitario que se relaciona con la disminución de la emergencia obstétrica, violencia obstétrica, cesáreas innecesarias, muerte materna y neonatal, principalmente; al igual que, la pérdida del contacto con la comunidad, que es el principal mecanismo para estrategias de prevención de riesgos obstétricos.

Los cuales adquieren mayor relevancia en condiciones de la pandemia de SARS-CoV-2, en los que además contribuyen en la prevención de la saturación hospitalaria, evitar traslados de mujeres en gestación con riesgo de contagio y propagación del virus; así como, el monitoreo de la salud reproductiva en las zonas sin cobertura de salud o insuficiencia de personal médico.

Como alternativas para contrarrestar la pérdida sociocultural y el potencial sanitario que representa la partería tradicional, como consecuencia de esta fragmentación de autoconcepto se han considerado cuatro formas de incidir: a) Empoderamiento de las parteras tradicionales y las mujeres en embarazo, b) Deconstruir el concepto de interrelación, c) Capacitación adecuada y empoderante, y d) Casas de partería tradicional.

a) Empoderamiento de las parteras tradicionales y las mujeres en embarazo: Se entiende por empoderamiento el proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social, de tal forma que impulsen cambios positivos en las situaciones que viven (Botteri, 2019). Las parteras tradicionales requieren empoderarse ante los actos y discursos institucionales que buscan desacreditar su práctica, con la intención de que puedan reconectarse con su saber ancestral, ser guía y ayuda de las mujeres que decidieron -desde su cosmovisión-, la trascendencia por medio de su maternidad de acuerdo a su perspectiva.

b) Deconstruir el concepto de interrelación: El programa de *interrelación* tiene la intención de reconocer que la partera tradicional es líder en su comunidad, con conocimientos y habilidades para la atención del embarazo, parto y puerperio (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013). En este sentido, deconstruir el concepto de *interrelación* implica no únicamente el respeto a las prácticas socioculturales desde una perspectiva “respetuosamente distante”, como una relación con una barrera de esterilización que impide la contaminación de ambas perspectivas (médico-institucional y Social-tradicional); por el contrario, se plantea un acercamiento por medio de una relación interconectada de mutuo entendimiento, que permita construir mecanismos de acción conjunta, a partir de un respeto que se sustente en la empatía y comprensión de la “otra” realidad.

Es decir, conocer, aprender y aprehender sobre las prácticas de salud tradicional como parte de una realidad colectiva y no solo como aisladas ocurrencias de un grupo de personas. Para que de esta forma, ambas realidades (médica-tradicional) se puedan *interrelacionar* con base al reconocimiento de sus potencialidades, que permitan la construcción de acciones eficaces para la atención oportuna y la prevención de riesgos obstétricos.

Partiendo de la inteligencia de que, la práctica de la partería tradicional no representa otro factor de riesgo para la salud institucionalizada; por el contrario, es potencialmente su principal aliado para la prevención de riesgos e intervención en emergencias en materia de salud obstétrica. Ello si se dan a la tarea de comprender los significados que conforman la cosmovisión de las comunidades, y que se manifiestan por medio de expresiones socioculturales como la partería tradicional.

c) Capacitación adecuada y empoderante: La capacitación a las parteras tradicionales resulta necesaria para lograr una constante mejora en su atención, más acorde a los tiempos y nuevos retos que implica la salud obstétrica. Sin embargo, para que esto sea posible, es necesario diseñar un plan de capacitación horizontal, de aprendizaje y entendimiento mutuo; por medio de mesas de dialogo que

permitan compartir saberes privilegiando las fortalezas; así y solo así, se podrían construir mecanismos de acción conjunta que conduzcan al fin común. Sin privilegiar saberes, sin imponer saberes, sin desacreditar saberes, sino desde el aprovechamiento de ambos saberes.

d) Casas de partería tradicional: Marín (2020) refiere que la necesidad de una atención humanizada en el parto, ha favorecido a la instalación de casas de la partería tradicional en México; las cuales son espacios privados al que acuden mujeres y familias de clase media y alta para parir sin violencia obstétrica y la naturalización del parto; sin embargo, se encuentren dirigidas a estatus sociales económicos medio-alto que puedan financiar un parto natural fuera del sistema médico oficial.

Sin embargo, la propuesta sería fomentar casas de partería tradicional en las que la atención sea por parte de las mismas parteras tradicionales, brindarles espacios no hospitalarios y congruentes con su cosmovisión; pero que también cuenten con los elementos y equipamiento necesarios para hacer frente a una emergencia obstétrica, que permitan hacer un correcto diagnóstico e identificación de embarazos de alto riesgo, para hacer su adecuada canalización a los servicios hospitalarios.

Casas de partería tradicional que sean un espacio en el que puedan interactuar la cosmovisión local y los requerimientos clínicos, sin que ello implique una contraposición. Pero también, un espacio congruente con las necesidades y la realidad socio económica de las familia atendidas, tal como la partera tradicional lo realiza de manera cotidiana con las familias a las que le brinda atención.

El presente estudio permitió conocer por medio de la construcción de significados de la partera tradicional, su perspectiva sobre si misma y el ejercicio de su labor comunitaria fundamentada en una cosmovisión transmitida trasgeneracionalmente. Así, como lo distante que puede estar esta perspectiva de su percepción sobre el proceder del personal médico institucional, distancia que genera

incompatibilidades de entendimiento y dificultan la mutua colaboración, así como el establecimiento de relaciones de conflicto y disputa en la atención a la mujer.

Por lo que, se hace indispensable conocer la perspectiva de las parteras tradicionales si el objetivo es incidir en la salud obstétrica de las comunidades marginadas, identificar las potencialidades de esta práctica sociocultural y aprovechar sus aportes sin trasgredir su cosmovisión. Frenar prácticas etnocidas y de imposición de saberes a fin de tener “control” sobre la salud comunitaria y las prácticas tradicionales.

Por el contrario, se propone generar políticas públicas a partir del conocimiento de los significados construidos por los actores sociales, reconocer sus potencialidades y buscar la mutua colaboración; en este sentido, es la salud pública institucionalizada la que tendría que adaptarse a las prácticas sociales; ya que, la práctica de la partería tradicional se encuentra intrínsecamente ligada a la cultura desde la época prehispánica y se ha mantenido vigente al paso del tiempo, por lo que quizá hay mucho más que aprender y estudiar sobre las parteras y la partería tradicional.

Finalmente, aunque la Comisión de Derechos Humanos (2017a) y demás instancias nacionales e internacionales reconozcan a la partería tradicional como un patrimonio cultural, de importantes aportes en la salud reproductiva y la prevención de riesgos obstétricos; termina por carecer de todo sentido si no se ve concretizado en políticas públicas basadas en el respeto y la interacción con los actores sociales; en acciones institucionales que permitan -o no obstaculicen- a que mujeres empoderadas ayuden a mujeres a empoderarse y ser protagonistas de su propio parto, de su cuerpo, y su placer de parir de forma libre y natural. Sin ello, el reconocimiento a la partería tradicional sin una aplicabilidad real, solo se reduciría a palabras demagógicas carentes de contenido y sentido.

10. Proyecto: Calli OM, Casa de partería tradicional

Presentación

A partir de los resultados y conclusiones de la investigación *Construcción Social del la Partera y Partería Tradicional en Comunidades Rurales de Veracruz*, se desarrolló este proyecto con la finalidad de generar un espacio en donde se practique la partería considerando el respeto a los significados culturales tradicionales del nacimiento y la partería.

Se tiene como finalidad implementar una casa para la partería en donde se respeten las prácticas tradicionales con relación al embarazo y al parto, y en donde se tenga como base conceptos como nacimiento natural (Odent, 2004; Botteri, 2019; Sarmiento et al., 2020), perspectiva de género y empoderamiento de la mujer, con el objetivo de promover los partos en libertad (Botteri, 2019 y Schallman, 2012) y con pleno respeto a los derechos reproductivos. También se tendrán como referentes importantes las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para favorecer una experiencia positiva del parto, con evidencia científica (World Health Organization, 2018). La intención es que en este espacio se respeten los principios de la partería tradicional pero considerando la realidad contemporánea internacional. Se busca un enriquecimiento de la práctica tradicional de la partería, pero sin imponer otra realidad ni arrebatar sus conocimientos.

Colaboración y financiamiento

El avance en la construcción de esta Casa de Partería Tradicional ha sido posible gracias a la colaboración de personas que han participado de forma desinteresada, han donado su tiempo y experiencia profesional, y han establecido redes de cooperación sin fines de lucro. Algunas de las personas que han autorizado ser mencionadas son:

1. Parteras Tradicionales: Que han aportado su experiencia, conocimiento y recomendaciones.
2. Ollinkan Malinalli a.c.: Que ha compartido su experiencia en la promoción y difusión de Medicinas Tradicionales.
3. Serafín González Saavedra: presidente municipal de Coscomatepec Veracruz, primer proyecto arquitectónico, gestión y donación de parte del material de construcción.
4. Ing. Guillermo González Saavedra: Supervisión estructural del proyecto arquitectónico y donación de material de remanentes.
5. Ing. Rafael Sánchez: Recomendaciones y supervisión de construcción estructural.
6. Enf Eusebia Sánchez Mora: Promoción de la práctica de la partería tradicional y capacitación en la Jurisdicción Sanitaria No. VI de Córdoba Veracruz.
7. CD Arely Ramírez García: Partera tradicional practicante, supervisión de ejecución del proyecto, promoción de practicas tradicionales y lactancia materna.
8. Mtra. Zhelly Adriana Valdez Pérez Rul: Enfermera obstetricia, especialista perinatal y administración de los servicios de la salud; Capacitación, asesoramiento, promoción de practicas tradicionales y lactancia materna.
9. Colaboradores, voluntarios y personas no vinculadas pero que han ofrecido su ayuda concreta para la consolidación y construcción.

El proyecto de construcción de la Casa de Partería Tradicional se ha ido financiando principalmente por donaciones en especie de las personas mencionadas, una parte de la beca de manutención otorgada por el Conacyt para la realización del doctorado, así como pequeños donativos producto de la atención de algunas parteras tradicionales y colaboradores.

Este proyecto ha evitado recibir donativos de partidos políticos, instituciones y personas que impliquen algún interés político, económico o alguna injerencia en los principios rectores, operatividad o fines sociales.

Por lo que los tiempos de construcción y operatividad hasta este momento se encuentran sujetos al financiamiento social, donativos y ayudas de las personas de la comunidad, así como de la aportación de las familias y parteras tradicionales resultado de los servicios otorgados.



Reunión de parteras tradicionales en la primera etapa de la Casa de Partería Tradicional

La Casa de Partería Tradicional

La Casa de Partería Tradicional se localiza en la cabecera municipal de Coscomatepec, que es un punto central de varias comunidades rurales de la sierra camino al volcán Citlaltepetl (Pico de Orizaba) en el estado de Veracruz. La población predominante son mujeres, muchas de ellas son jefas de familia, encargadas de la crianza de las y los hijos, y que administran los recursos económicos que envían sus cónyuges desde lejos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2017). Así mismo, el municipio de Coscomatepec presenta el porcentaje más alto de muertes neonatales (1.97%), y de acuerdo a los datos del Observatorio de mortalidad materna en México (2020) el estado de Veracruz en el año 2019 se posicionó como el tercer estado con mayor número de muertes maternas. Estos índices de muerte materna y neonatal pueden estar asociados con el hecho de que el municipio de Coscomatepec cuenta con un rezagos social alto, una carencia por acceso a los servicios de salud del 22.7%, carencia por acceso a seguridad social del 86.3% y una carencia por acceso a alimentación del 34% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

La Casa de Partería Tradicional se está construyendo en una comunidad rural que cuenta con todos los servicios, y se ubica a 250 metros de la carretera principal que atraviesa el poblado (Huatusco - Fortín de las Flores - Córdoba), a 400 metros del hospital general rural de IMSS-Bienestar y a 450 metros del la clínica de salud del gobierno del estado de Veracruz, con fácil acceso a las instancias de salud en caso de una emergencia obstétrica. Esta proximidad física puede facilitar la coordinación operativa entre instituciones de salud y la Casa de Partería Tradicional.

Objetivos

El objetivo es el establecimiento de una casa para la partería que respete los aspectos culturales en torno al nacimiento y el parto, pero que también incluya la infraestructura necesaria para el ejercicio de un parto limpio y seguro, así como congruente con las recomendaciones hechas por World Health Organization, (2018) . En este sentido esta Casa de Partería Tradicional corresponde más a una casa familiar equipada, en donde el parto se da en un ambiente de tranquilidad y bajo la guía de una partera tradicional, lejos de un ambiente clínico institucional.

En este sentido, la Casa de Partería Tradicional pretende cubrir los siguientes objetivos:

1. Ofrecer un espacio para que las parteras tradicionales ejerzan su labor en libertad de sus significados culturales; próximo a las instituciones de salud, servicios y vías de traslado accesibles. Desde una perspectiva de respeto a las prácticas sociales y patrimonio cultural.
2. Ofrecer un espacio para que la mujer pueda desarrollar su maternidad en libertad, como persona activa y en coordinación con su núcleo familiar, que a partir de una perspectiva de género permita la emancipación y empoderamiento de la mujer a través del ejercicio de su maternidad.
3. Proporcionar los requerimientos técnicos y de infraestructura que de paso a la naturalización del nacimiento y la minimización de riesgos.
4. Proporcionar un espacio que permita la capacitación y actualización de las parteras tradicionales de forma natural, centrada en la potencialización de la práctica tradicional y el enriquecimiento técnico obstétrico.
5. Generar canales de interacción con las instituciones de salud, de mutua colaboración y coordinación en materia de salud obstétrica.

La Casa de Partería tendrá como base siete aspectos que serán principios rectores de esta propuesta:

1. Estimular el empoderamiento de la mujer como protagonista de su propio parto (Dixon, 2020), como una persona activa en su persona y el desarrollo de su maternidad (Rodrigáñez, 2010).
2. Estimular el empoderamiento de la partera tradicional como una persona guía durante el embarazo y parto, integrada a los aspectos culturales de su región, portadora de los conocimientos de la salud reproductiva de su comunidad y como el soporte emocional de las mujeres en su camino a la maternidad (Bodeker & Kariippanon, 2020; De Beauvoir (2017) ; Álvarez & Miranda Orrego, 2014).
3. Establecer la naturalización del nacimiento desde una perspectiva socio cultural local (Odent, 2004; Botteri, 2019; Sarmiento et al., 2020).
4. Coordinación y compatibilidad entre las prácticas culturales de la partería tradicional y las prácticas recomendadas por World Health Organization, (2018) con evidencia científica, de los cuales se consideró las recomendaciones que pueden relacionarse o que ya se realizan en la práctica tradicional; así mismo, se excluyeron recomendación que pudieran ser exclusivos del personal de salud, que implique una intervención quirúrgica o el suministro de algún medicamento. Estas recomendaciones se describen en el Anexo F.
5. Generar capacitación de nuevas generaciones (Odent & Tentori, 2005).
6. Mecanismos de diálogo y coordinación entre la práctica de la partería tradicional y el ejercicio de la salud pública institucional, partiendo del mutuo respeto entre los aspectos sociales culturales y científico institucionales; partiendo desde los mecanismos ya establecidos por las instituciones públicas (Almaguer et al., 2014; González et al., 2012).

7. Reconocimiento de la partería tradicional como un legado inmaterial de la cultura de una comunidad, transmisible a subsecuentes generaciones y susceptible a la adaptación constante a través del tiempo (Comisión de Derechos Humanos, 2017a; Alarcón-Nivia et al., 2011).

Organización espacial de las instalaciones

Con el fin de desarrollar los principios rectores y en referencia a literatura consultada, se organizaron los espacios en función de su operatividad, respetando en todo momento una atmósfera cálida y muy similar a una casa de estilo local, pero con el equipamiento necesario para la atención del parto de forma natural.

Los espacios considerados para la Casa de Partería Tradicional se muestran en el Anexo G y se encuentran organizados de la siguiente forma:

Espacios de atención: Son espacios equivalentes a un consultorio médico, pero en diseño mas similares a una recámara cálida y segura, semejante a los espacios en los que habitualmente la partera tradicional atiende. Estos espacios de atención permiten el acompañamiento familiar y la intervención de la partera tradicional en privacidad, cuentan con el equipamiento necesario para la exploración o la atención del parto en diferentes posiciones, así como la exploración y atención del recién nacido. El espacio de atención 4 contará con andador independiente y la posibilidad de realizar el parto en agua de forma segura.

Los espacios de atención deben de responder a una atmosfera que permita la seguridad y tranquilidad de la mujer y su familia, diseñado para las necesidades específicas de la mujer gestante más

que para los requerimientos propios de la intervención, por lo que el equipamiento debe mantenerse de forma discreta, evitando en todo momento el aspecto a una sala de exploración hospitalaria.

Área de Dormitorios: En las comunidades rurales normalmente la recámara de la partera tradicional se encuentra muy próxima al espacio donde atiende a la mujer, lo que le permite un acompañamiento constante a la mujer y al recién nacido durante el periodo previo y posterior al nacimiento (12 horas), permitiendo también la intimidad y acompañamiento familiar de la mujer gestante sin perder el contacto y estado de alerta. En este sentido, el espacio de dormitorios se encuentra diseñado para cumplir esta función, permitir el descanso de la partera y estimular la intimidad del acompañamiento familiar sin perder el contacto constante. Desde los significados de las parteras tradicionales el acompañamiento no responde a un horario (los nacimientos no tienen horario), por lo que su acompañamiento es permanente hasta que el recién nacido y su madre están seguros y en condiciones de regresar a su casa.

Área de cocina y comedor: De acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales, la alimentación se encuentra ligada a la función materna (como la lactancia) así como la celebración, además de que la correcta alimentación durante el trabajo de parto y posterior al nacimiento puede evitar complicaciones, por lo que es habitual que la partera tradicional prepare los alimentos para la mujer principalmente en el periodo de recuperación, normalmente caldo de pollo. En este sentido, la cocina, el baño y los espacios de atención se convierte en los principales espacios directamente relacionados con el nacimiento.

Áreas comunes y de socialización: Se han considerado espacios que permitan la interacción y contacto entre personas, entre familiares, parteras tradicionales y staff; estimulando el establecimiento de redes de cooperación mutua, coordinación y resolución. Similares a la red social que se establece en

sus comunidades, de acuerdo a las narraciones de las parteras tradicionales; permitiendo la intimidad de la mujer y familia en las áreas de atención, pero evitando la individualización hacia el exterior.

Áreas verdes: Se han considerado áreas que permitan el contacto con la naturaleza, así como el cultivo de plantas medicinales, ya que, desde sus significados, para algunas parteras tradicionales el cultivo y recolección de plantas medicinales es parte de su quehacer tradicional; son empleadas para infusiones, cataplasmas y tratamientos espirituales como el temazcal.

Área de temazcal y medicinas tradicionales: La partería tradicional es parte de la medicina tradicional mexicana, por lo que se encuentra íntimamente ligada a otras prácticas de sanación como el temazcal, la herbolaria, fisioterapia (hueseros), danza y rituales de corte espiritual (limpias, curadas de espanto, recogimiento del espíritu). En este sentido, desde la época prehispánica el temazcal se ha considerado como una de las principales terapias medicinales, debido a que integra varias formas de tratamiento en lo físico, emocional y espiritual, así como para la atención del parto en algunas comunidades (Mendoza Castelán et al., 2004). En este estudio realizado, existieron parteras tradicionales que refirieron emplear los baños de temazcal para estimular la fertilidad y la recuperación posterior al parto (puerperio). Por lo que se ha considerado un área de temazcal y la practica de formas de medicina tradicional.

Artículo anexo: Partería tradicional, violencia y emergencia obstétrica

El presente artículo es subproducto de la presente investigación, el cual ha sido aprobado para su publicación en la *Revista Temas sociológicos* en su número 28 programado para julio 2021. Actualmente indexada en Latindex Catálogo, ERIH PLUS y ROAD. <http://ediciones.ucsh.cl/index.php/TSUCSH>

Fecha de entrega: 31-julio-2020, Fecha de aceptación: 15-marzo-2021

ISSN: 0719-644X E-ISSN: 0719-6458

Autores, Filiación académica o adscripción institucional:

- 1- Autor principal: Carlos Alberto, Aranda-Téllez / Doctorante en Investigación Psicológica, en la Universidad Iberoamericana, A.C. / Ciudad de México (CDMX) / miquiztli@icloud.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3474-860X>
- 2- Coautor: Hugo Alberto Yam Chalé / PhD / Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Iberoamericana, A.C. / Ciudad de México (CDMX) / hugo.yam@ibero.mx / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6879-3815>
- 3- Coautor: Hans Oudhof / PhD / Profesor de tiempo completo en Universidad Autónoma del Estado de México / Estado de México / hansovb@hotmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1265-3052>

Se anexa artículo original con la finalidad de respetar el formato y redacción de las directrices de la revista.

VIOLENCIA Y EMERGENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN COMUNIDADES RURALES

VIOLENCE AND OBSTETRIC EMERGENCY FROM THE PERSPECTIVE OF TRADITIONAL MIDWIVES IN RURAL COMMUNITIES

Resumen

Introducción: Comprender los significados construidos en torno a la violencia obstétrica permite identificar factores de riesgo, permitiendo generar estrategias de prevención efectivas. En el año 2016 el 33.3% de las mujeres mexicanas experimentaron algún tipo de violencia obstétrica en su último parto, provocando efectos en la salud materna y repercutiendo en mayores complicaciones obstétricas. El presente estudio tuvo como objetivo identificar formas de violencia obstétrica causales de emergencias obstétricas, a partir de los relatos de las parteras tradicionales de comunidades rurales del estado de Veracruz, México. *Metodología:* El tema se abordó desde el construccionismo social. Se condujeron 8 grupos focales con 52 parteras tradicionales, registradas en dos programas institucionales de salud. *Desarrollo:* Se identificaron agresiones directas del personal médico y procedimientos médicos significados como violentos. *Resultados:* Algunas formas de violencia identificadas en los relatos fueron agresiones física-emocionales, tacto vaginal y cesárea innecesaria. Dichas formas de violencia favorecen la resistencia de las usuarias a la atención institucional y conducen a situaciones de emergencia obstétrica. *Conclusiones:* Significar una institución de salud agresora y como un factor de riesgo para la madre, podría reforzar conductas de rechazo a los servicios hospitalarios y provocar situaciones de emergencia obstétrica que comprometan la vida de la madre y el neonato.

Palabras clave: Embarazo, Medicina tradicional, Partera, Servicio de salud, Violencia contra la mujer.

Abstract:

Introduction: Understanding the meanings built around obstetric violence allows the identification of risk factors, allowing the generation of effective prevention strategies. In 2016, 33.3% of Mexican women experienced some type of obstetric violence in their last birth, causing effects on maternal health and leading to greater obstetric complications. The objective of this study was to identify forms of obstetric violence that are causes of obstetric emergencies, based on the accounts of traditional midwives from rural communities in the state of Veracruz, Mexico. *Methodology:* The subject was approached from the social constructionism. 8 focus groups were conducted with 52 traditional midwives, registered in two institutional health programs. *Development:* Direct aggressions of medical personnel and medical procedures were identified as violent. *Results:* Some forms of violence identified in the reports were physical-emotional aggressions, vaginal examination and unnecessary caesarean section. These forms of violence favor the resistance of users to institutional care and lead to obstetric emergencies. *Conclusions:* Signifying an aggressor health institution and being a risk factor for the mother, could provoke behaviors of rejection of hospital services and provoke obstetric emergency situations that put the life of the mother and the newborn at risk.

Key words: Medicine Traditional, Midwifery, Violence Against Women, Pregnancy, Health Services.

Introducción

Dos situaciones desafortunadas que encontramos en torno al parto son la violencia obstétrica y la emergencia obstétrica. Por violencia obstétrica podemos entender todo acto de violencia (intencional o no intencional) sufrido por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud institucional (United Nations, 2019), y emergencia obstétrica se refiere a las condiciones de salud que ponen en peligro la vida de la mujer y/o el neonato, que requiere atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata (Secretaría de Salud, 2009). En la presente investigación se estudia desde la perspectiva de las parteras tradicionales, los significados construidos en torno a la violencia obstétrica ejercida en las mujeres gestantes que atienden, y que provocan conductas de resistencia a recibir los servicios de salud institucional y en algunos casos provocar situaciones de emergencia obstétrica.

En el año 2016, el 33.3% de las mujeres mexicanas experimentaron algún tipo de violencia obstétrica en su último parto (Castro & Frías, 2019), estos actos de violencia tiene efectos en la salud materna y neonatal, por lo que las complicaciones maternas son más altas en las mujeres que han experimentado violencia durante su embarazo (Romero-Gutiérrez et al., 2011). Las actitudes negativas hacia el embarazo y dificultades de atención percibidas por las mujeres mexicanas, se ha comprobado que son determinantes en complicaciones durante el parto (Quelopana et al., 2009), al igual que un estado emocional de miedo puede tener un impacto negativo en el progreso de su trabajo de parto (Bak, 2003).

En este sentido, la normalización de la violencia en ocasiones hace poco visible ciertas formas de maltrato y dificulta dimensionarla con claridad (Ramírez, 2018), se ha estudiado que en ocasiones las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica a menudo son silenciadas o tienen miedo a hablar por temor a los tabúes, el estigma o la creencia de que la violencia que han sufrido corresponde solo a un acto aislado (United Nations, 2019); es decir, formas naturalizadas de abuso que pueden no ser interpretadas como tales por los prestadores de servicios de salud y, a veces, por las propias mujeres (Castro & Erviti, 2015).

Esta normalización de la violencia obstétrica forma parte de un sistema de violencia simbólica, la cual puede tomar formas diversas y refinadas, pero que tiene siempre como efecto la desvalorización, el empobrecimiento cultural y la sumisión de sus portadoras (Bourdieu et al., 1998); y ésta sólo se pueden instaurar con la complicidad de quienes las padecen a través de su afición o de su admiración al explotador (Bourdieu, 2007). Cabe mencionar que la violencia simbólica ejercida por la institución de salud sobre las mujeres embarazadas hace referencia a un plano simbólico-subjetivo; sin embargo, ello no significa la minimización o descarte de la violencia física ejercida de manera directa, indirecta o en este caso por medio de una intervención quirúrgica (Bourdieu & Jordà, 2000).

En este mismo sentido, muchas de las mujeres que padecen violencia simbólica piensan que es causa de su propia responsabilidad, ya que son culpabilizadas de los hechos y éstas introyectan esta culpa como suya, por medio de un discurso de poder ejercido por la institución médica por medio de su personal de salud, y ante ello pareciera que contra la violencia simbólica no hay defensa (Bourdieu et al., 1998).

Por otro lado, se ha encontrado que en comunidades marginadas las mujeres prefieren dar a luz en su casa en lugar del hospital (Amanuel et al., 2019); un estudio realizado en comunidades indígenas de México reveló que de 62 mujeres entrevistadas, 33 dieron a luz en su casa sin asistencia calificada y 5 dieron a luz completamente solas en sus hogares, y en estos eventos cinco neonatos murieron durante el parto o el período perinatal (Gamlin & Holmes, 2018). Esta preferencia de algunas mujeres en zonas rurales o indígenas por parir en su casa, se puede atribuir a diversos factores, que podrían ser culturales, de

accesibilidad a los servicios de salud, desconocimiento o a una resistencia a aceptar los servicios de salud institucional, debido a una experiencia de maltrato o violencia. Sin embargo, también se ha encontrado que el parto es una intensa experiencia psicológica y transformadora, que genera empoderamiento, y mejora su creencia en su capacidad de generar un nacimiento sin necesidad de alguna intervención médica (Olza et al., 2018).

En comunidades rurales e indígenas es común consultar médicos tradicionales por razones de salud pero también para obtener consejos acerca de sus problemas personales (Berenzon-Gorn et al., 2006). Las parteras tradicionales son personas pertenecientes a comunidades indígenas o rurales que atienden el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido; su trabajo consiste en acompañar, reconfortar y atender a la mujer embarazada aplicando métodos tradicionales (Álvarez & Miranda Orrego, 2014). Al estar insertas en el mismo contexto cultural y geográfico de las mujeres que atienden, conocen la cosmovisión del lugar y su relación está definida horizontalmente (Valdez-Santiago et al., 2004); es decir, pertenecen a una cultura médica popular compleja protagonizada principalmente por las mujeres de la comunidad (Osorio Carranza, 2001).

Anteriormente se ha estudiado la familiaridad de las parteras tradicionales con la violencia que viven las mujeres embarazadas de manera cotidiana (Valdez-Santiago et al., 2004), éstas se han convertido en un soporte emocional, de confianza para estas mujeres y de compañía durante su proceso de gestación en lo físico, en lo emocional en las repercusiones implicadas en el embarazo y dinámica familiar; así como en lo subjetivo relacionado a los usos y costumbres de la localidad; a la vez de que se ha convertido en un actor de referencia para la construcción de significados en torno al parto, la violencia y la institución.

Posterior a la inauguración del hospital regional del municipio de Coscomatepec Veracruz, la institución de salud establece una relación de “interrelación” con las parteras tradicionales en la región, denominándolas como un personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (Secretaría de Salud, 2017), de esta forma las parteras tradicionales son ubicadas como mediadoras entre la embarazada y la institución de salud; de tal forma que la partera tradicional se convierte en una informante clave que concentra los relatos de las mujeres embarazadas y de la institución de salud; práctica muy conveniente para la institución de salud mientras no cuente con la posibilidad de extender su cobertura en las zonas más marginadas (Menéndez, 2018).

Esta mediación entre la mujer embarazada y la institución de salud adquirió especial relevancia en embarazos identificados de alto riesgo (preclamsia, placenta previa, estrechez uterina, etc.), que de acuerdo a la institución estos embarazos deben de ser notificados y canalizados al hospital para su inmediata intervención; sin embargo, aunque mayoritariamente la norma se cumple, las parteras refieren que mucho antes de la llegada del hospital estos casos eran atendidos por las parteras tradicionales, y las mujeres embarazadas se sentían más seguras de ser atendidas por estas mismas.

Estos cambios establecidos por la llegada de la institución de salud en la dinámica social y la resignificación de la partera tradicional, su representación ante la comunidad y en la forma en la que las usuarias han generado significados con respecto a la salud materna, el embarazo y el parto. En este sentido la partera tradicional genera de manera activa influencia sobre los significados construidos en las mujeres gestantes, que pueden manifestarse en conductas y actitudes de la mujer embarazada hacia la institución de salud, al igual que su familia y la comunidad.

El principal obstáculo que enfrenta la investigación sobre la violencia obstétrica es la conceptualización que se hace de la misma, desde el campo médico se ve como un problema de “calidad de la atención” (Castro & Erviti, 2014), manifestándose en actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos (Olza et al., 2018), y no vistos como actos plenos de violación a los derechos humanos (United Nations, 2019). En este sentido, esta investigación partió desde los significados

construidos por las parteras tradicionales en torno a la violencia obstétrica, lo que éstas identifican como maltrato institucional, como esto lo integran a su esquema de percepciones y genera conductas.

De esta forma, esta investigación tuvo como objetivo identificar las formas de violencia obstétrica en mujeres embarazadas y su vínculo con situaciones de emergencia obstétrica, a partir de los relatos elaborados por las parteras tradicionales. Contar con esta información puede generar conocimientos de la situación que viven en sus comunidades; de esta forma, aportar a la generación de políticas públicas y estrategias de acción para prevenir riesgos en materia de salud obstétrica, en un marco de respeto por la cultura, costumbres y prácticas comunitarias; generando estrategias de intervención pertinentes, pero resguardando la integridad de las mujeres gestantes, condiciones de género, de derechos humanos y derecho a una vida reproductiva sin violencia (United Nations, 2019).

La realización de este estudio siguió un método cualitativo de tipo fenomenológico, que pretende estudiar las realidades como se presentan, permitiendo que se manifiesten por sí mismas sin ajustarlas a una estructura externa determinada (Martínez-Miguel, 2014), orientándola a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales (Flick, 2012), así finamente lograr el entendimiento de una realidad mediante un proceso interpretativo (Reese et al., 2012). El trabajo se realizó desde el construccionismo social, enfoque que postula que las personas construimos significados de nosotros mismos, nuestras experiencias y nuestro entorno a través de la interacción con los otros y la construcción de una realidad colectiva (Gergen & Gergen, 2011); es decir, la forma en la que se percibe el mundo y actúa en él (Watzlawick & Machain, 1998); en este sentido, el origen de la construcción de significados radica en la interacción humana, en un acto de negociación de conceptos socialmente aceptados, ya que sin acuerdos negociados sobre los medios y propósitos de la vida organizativa, el sistema resultaría desequilibrado (Gergen, 2018).

Metodología

El estudio se realizó de octubre 2018 a junio 2019, tiempo en que se contactó a las parteras tradicionales de la región a partir del censo del IMSS-Bienestar (Instituto Nacional del Seguro Social - Bienestar, IMSS-B) y con apoyo del personal (promotores comunitarios) encargados de este programa; este organismo del gobierno federal tiene como finalidad, proporcionar servicios de primer y segundo nivel de atención a personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas (Gobierno de México, 2020). De igual forma se trabajó a partir del censo de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SSVer) organismo del gobierno estatal que ofrece servicios de salud a los pobladores de estado de Veracruz (Gobierno del Estado de Veracruz, 2020), y con el apoyo del personal encargado del programa de partería tradicional.

Las parteras tradicionales participantes fueron provenientes de 22 poblaciones de 6 municipios del Estado de Veracruz México, en su totalidad se encuentran registradas en alguno de los sistemas de salud mencionados, para los fines de esta investigación se registraron las narraciones de las parteras tradicionales indistintamente del organismo de salud al que se encontraran registradas (IMSS-Bienestar o SSVer), ya que en una misma comunidad existen parteras tradicionales registradas en diferentes instituciones; de esta forma, se priorizó el factor geográfico-social sobre el registro institucional. En este sentido, ambas instituciones aceptaron facilitar la investigación, así como respetar el código ético propio de la investigación.

La selección de parteras fue por conveniencia, como criterios de inclusión se consideró que se encontraran registradas en alguna de las instituciones de salud mencionadas, que tuvieran por lo menos un año de ejercer como parteras y de interrelación con la institución de salud, que no contaran con estudios obstétricos formales, que fueran reconocidas por la institución y que su edad o estado de salud no fuera un

impedimento para asistir y participar en grupos focales. Como criterios de exclusión se consideró la no aceptación voluntaria y/o el abandono de la participación. Se tuvo contacto con 90 parteras, de las cuales 52 cumplieron con los criterios de inclusión; la media de edad fue 56 años, con 33 años de ejercer la partería (max 63 – min 1) y una media de 502 partos atendidos por cada una; las participantes se encontraron en promedio a 16 Km de distancia del centro de salud más cercano (max 52 km – min 1 km); en este sentido la distancia se consideró un factor relevante para interpretar las condiciones de acceso de las mujeres embarazadas a los sistemas de salud y la canalización de los casos de emergencia. Los detalles de esta muestra son expuestos con mayor precisión en la Tabla I.

La información se recabó a través de la observación participante (Guasch, 2002) y grupos focales (Stake, 2015), orientados por una guía de entrevista semiestructurada previamente diseñada, el número de entrevistas realizadas se determinó siguiendo el criterio de saturación teórica (Soneira, 2006); se siguieron como ejes temáticos los significados construidos sobre a) La relación con la institución, la cual permitió identificar como es la interrelación y de qué forma se da la coordinación en materia de salud obstétrica; b) El ejercicio de la partería tradicional, para conocer cuál es su aportación desde lo social y cultural, así como sus referentes con respecto a la salud obstétrica; y c) La relación con la mujer embarazada y su familia, que permitió conocer cómo se dan los lazos de confianza y desde que perspectiva se entiende el maltrato institucional.

Las sesiones de grupos focales se celebraron en privacidad (Kamberelis & Dimitriadis, 2015), en un espacio seguro en donde las participantes se sintieran cómodas, importantes y legitimadas. Por estrategia se eligió un aula del centro de salud más próximo a la comunidad de las participantes, por ser un lugar familiar para ellas, ya conocen las vías de acceso y es el punto en común más próximo a su lugar de residencia. Las sesiones fueron audiograbadas previa explicación y autorización en la carta de consentimiento informado (Flick, 2015), éstas fueron transcritas en su totalidad para su posterior análisis; con el fin de proteger su identidad sus nombres fueron sustituidos por un código de identificación para el control de los datos. El análisis de información se realizó siguiendo una codificación inductiva (Martínez-Miguel, 2014), la cual consistió en partir de una codificación de sistema abierto, y a medida que fueron progresando las categorías se hicieron más definitivas y completas hasta acabar con un sistema cerrado de codificación (Ruiz Olabuénaga, 2012); esto fue posible con el apoyo del software Atlas.ti 7.0 especializado en análisis cualitativo.

La consistencia interna se procuró mediante la triangulación constante de la información con la teoría y participantes diferentes (Flick, 2014); como estrategia de la gestión de la calidad de la investigación se realizó una devolución de los resultados a 7 participantes (Goetz & LeCompte, 2010), con las cuales se expuso y explicó cada uno de los conceptos resultados, de esta forma y por medio de una escala likert evaluaron si los resultados correspondían a su realidad y si se encontraban de acuerdo con la interpretación de sus narraciones, en su gran mayoría refirieron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con los hallazgos obtenidos.

En todo el estudio se aplicaron los principios éticos de investigación (Moscoso & Díaz, 2017). El estudio se apegó a lo estipulado en la Declaración de Helsinki, así como al ordenamiento de la Ley General en materia de Investigación para la salud de México. Con marco en esos instrumentos el estudio se clasificó como de riesgo mínimo, toda vez que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Una vez explicados los objetivos y procedimientos del estudio así como las dudas de las participantes y obligaciones del investigador, se solicitó por escrito el consentimiento informado a todas las participantes y se garantizó confidencialidad sobre la identidad de las informantes.

Tabla I
Participantes por localidad y características de la muestra

Municipio	Localidad	Participantes	Media Edad	Media años ejerciendo	Media de partos atendidos	Distancia media al centro de salud
Chocamán	Calaquioco	1	64 años Max: 70 Min: 49	38 años Max: 55 Min: 26	122 partos Max: 200 Min: 60	10 km Max: 12 Min: 9
	Rincon Pintor	1				
	Tepexilotla	1				
	Tetla	1				
Córdoba	Col. Nuevo Toxpan	1	69 años Max: 81 Min: 55	41 años Max: 49 Min: 37	216 partos Max: 570 Min: 38	2 km
	Miguel Aguilar	1				
	San Isidro Palotal	1				
Coscomatepec	Cabecera Municipal	6	56 años Max: 93 Min: 21	33 años Max: 63 Min: 8	852 partos Max: 3000 Min: 0	14 km Max: 27 Min: 2
	Cuiyachapa	3				
	Laguna Palapa	1				
	San Nicolás Ixtayuca	1				
	Tetelzingo	7				
	Xocotla	12				
Zacatla	2					
Fortín	Fortín	1	57 años Max: 79 Min: 18	35 años Max: 58 Min: 1	283 partos Max: 1000 Min: 50	15 km Max: 23 Min: 5
	Monte Blanco	4				
	Sta. Lucia Potrerillo	1				
	Tlacotengo	1				
Omealca	Estación De Omealca	1	48 años	34 años	800 partos	26 km
	Las Palmas	1				
Tezonapa	Agua Escondida	3	49 años Max: 55 Min: 44	25 años Max: 27 Min: 24	98 partos Max: 150 Min: 46	52 km
	Col Agrícola	1				
Total		52	56 años Max: 93 Min: 18	33 años Max: 63 Min: 1	502 partos Max: 3000 Min: 11	16 km Max: 52 Min: 2

Desarrollo

La violencia contra la mujer embarazada referida por las parteras tradicionales se clasificó en dos grupos; 1. agresiones derivadas de la institución, actos producto de una agresión directa del personal institucional; y 2. la vivencia de procedimientos médicos, los cuales podrían partir de una recomendación estrictamente médica o de un acto negligente; sin embargo, la usuaria lo vive como una agresión indistintamente. Cada uno de estos grupos se encuentra integrados por los tipos diferentes que se describen a continuación.

1. Agresiones derivadas de la institución: Se atribuyen directamente como consecuencia de un acto u omisión directa de la institución. Las categorías que integran este grupo son: a) Agresión física-verbal, b) Rechazo Institucional y valoración inadecuada, c) Insuficiencia de recursos humanos y condiciones institucionales.

a) Agresión física-verbal. Las agresiones físicas o verbales son identificadas por las parteras como “maltratos”. Las agresiones verbales giran en torno a descalificativos o afirmaciones con referentes sexuales, que normalmente las hace sentir trasgredidas. Las agresiones físicas son identificadas como golpes experimentados en su cuerpo y/o actos violentos en su trabajo de parto.

ese doctor cuando atendía un parto las nalgueaba muy feo, porque las mujeres estaban gritando, y les decía “cuando están con el marido ni siquiera chistan y ahorita ya estas gritando”, y les daba unas nalgadas...(PT047)

En este mismo sentido, cuando estas agresiones provienen de una mujer se significan como un tipo de violencia mayor, al existir con el personal institucional femenino una expectativa de empatía del sentido de ser mujer y ser madre.

hay unas doctoras que son mujeres, saben cómo se siente tener un hijo, aún así dicen “órale pújale, vente, no grites; a la hora de la hora te estaba gustando todo eso” [refiriendo la relación sexual]. Es una mujer que se lo está diciendo a otra mujer, eso no se dice, son cosas que no deben ser (PT022).

b) Rechazo Institucional y valoración inadecuada: Se da cuando la mujer embarazada acude al centro de salud para exploración o evidente trabajo de parto y se le rechaza o se realiza una valoración inadecuada de la situación. Este tipo de situaciones son significadas por las parteras tradicionales como una falta de cooperación institucional, una carencia de sensibilidad o empatía y una discriminación al considerar que la valoración de la partera carece de importancia y sustento; y cuando la partera considera que es un caso de urgencia obstétrica, en este rechazo ve un innecesario incremento de riesgo de una complicación y la situación se exagera, al mismo tiempo que la partera refiere sentirse impotente de proteger a la mujer embarazada, por ello cuando la embarazada es acompañada por la partera tradicional -en algunas ocasiones- resulta en un conflicto con el personal médico.

“la pacientita que cité a tales horas, que se regrese, porque no la puedo atender”, entonces agarré yo y dije: doctor, si usted no puede atenderlo [el parto], entonces yo puedo atenderlo afuera, porque ya lo sentí, que ya viene, entonces yo atiendo a mi nuera afuera, yo también puedo y también sé (PTx68)

[quisiera que] cuando llegemos al hospital con nuestras embarazadas nos deben recibir, porque a veces no la reciben porque no hay camas. También uno se siente mal que le digan que no, o ver que los niños nacen ahí en el baño o afuera en el pasillo. (PT067).

c) Insuficiencia de recursos humanos y condiciones institucionales. Aunado a lo anterior, las participantes identificaron una insuficiencia de personal capacitado para situaciones de emergencia, lo que en algunas ocasiones deriva en un rechazo institucional.

me dijeron “si te quieres esperar, espérate, porque no hay doctor, y aquí firma, porque si te llega a pasar algo a ti o al bebé, nosotros no nos hacemos responsables” (PT087).

Con relación a las condiciones institucionales las parteras hicieron referencia a la insuficiencia de higiene en las que se encuentran algunas instalaciones; mismas que interpretan como una situación incongruente al recibir críticas de parte del personal médico referente a las condiciones en las que las parteras tradicionales atienden en sus casas.

2. Vivencia de procedimientos médicos: Se refiere a la vivencia de la mujer embarazada durante las intervenciones médicas, las cuales son vividas de forma corporal con repercusiones emocionales. Estos procedimientos médicos pueden ser una recomendación justificada y estrictamente médica o partir de un acto negligente de parte del personal institucional; sin embargo, la usuaria lo vive como una agresión directa indistintamente del origen. Los tipos que integran este grupo son: a) Cesárea, b) Tacto vaginal, c) OBT o Salpingoclasia, d) Episiotomía y e) Maniobra de Kristeller.

a) Cesárea (*Referida como: “La rajaron”, “le dieron cuchillo”, “la cesaría”*). Las parteras identificaron que la cesárea es una práctica común y necesaria en casos de *feto transverso, placenta previa o cuello uterino estrecho*; sin embargo, refieren que en muchas de las ocasiones la cesárea responde más bien a razones de tiempo o de practicidad institucional, ya que no es necesario esperar el parto y la intervención quirúrgica se realiza en menos de 30 minutos. A este respecto las parteras significan un estado de indefensión ante la institución de la mujer embarazada y de ella misma, un peligro de trasgresión a sus creencias y su forma de hacer el parto, además del latente riesgo de alguna otra forma de violencia obstétrica.

El acomodamiento de feto es una práctica común entre las parteras, refieren que esta práctica en algunos casos evita que se practique una cesárea debido un mal posicionamiento fetal; por ello refieren que algunas embarazadas deciden acudir con la partera a escondidas de la institución, para así realizarse acomodamiento fetal y evitar la intervención quirúrgica.

b) Tacto vaginal (*Referida como: “dedeando”*). Se refiere a la práctica manual para identificar el grado de dilatación, el posicionamiento del feto y la etapa del trabajo de parto. Esta práctica la identificaron como común, que se realiza sin el cuidado y la privacidad necesaria, incluso cuando hay algún grupo de estudiantes haciendo residencia, son revisadas por éstos provocando inflamación y en ocasiones complicaciones en el parto. Debido a esta situación prefieren esperarse con la partera hasta tener una dilatación adecuada para llegar al hospital ya en pleno trabajo de parto, evitando el constante chequeo; pero con el riesgo de una atención demorada. Este procedimiento es significado por las parteras tradicionales como un acto de trasgresión a su intimidad al ser practicado en condiciones inadecuadas de discreción, además de que la muy constante práctica puede provocar inflamación y con esto una inminente cesárea.

[Las mujeres dicen que las revisan] cada 20 minutos, cada media hora, “¡ora! ya parezco gallina ponedora” y con la partera no, porque está con calma, con paciencia. (PT049)

c) OBT (Oclusión Tubaria Bilateral) o Salpingoclasia. (*Referida como: “la cesaría chiquita” la otra cesaría para no tener hijos” “para quitarle la maternidad”*). Se refiere al método definitivo de anticoncepción consistente en la oclusión de las trompas de Falopio (United Nations, 2019). Las parteras tradicionales refirieron el miedo de las embarazadas a que se les practique este método sin su consentimiento. A este respecto, se identificó que es común que relacionen o confundan la cesárea con la

salpingoclasia, la cual es significada frecuentemente como una “pérdida de la maternidad”. En este sentido, cuando esta operación es realizada sin consentimiento la significan como una transgresión mayor. De igual forma refieren que en algunas ocasiones son engañadas para firmar la carta de consentimiento para la realización de la intervención quirúrgica; y en este sentido, la anticoncepción inducida y sin consentimiento puede ser revisada y analizada como una práctica sistemática contra las mujeres racializadas, en una violación de los derechos reproductivos de las mujeres pero en ocasiones más sutil y normalizada, en un procedimiento sistemático y argumentado como necesario para la mujer (Castro & Erviti, 2015).

a veces haciendo la cesárea, le quitan la maternidad a la mamá, porque le hacen la otra cesárea para no criar, a veces con permiso, y a veces sin permiso (PT067).

d) Episiotomía (Referido como “cortesito” y “la rajadita”). Consiste en un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico; se realiza para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal (United Nations, 2019). Las participantes refirieron comprender que en algunas ocasiones esta práctica puede ser recomendada; sin embargo indicaron que esto les genera confusión principalmente en tres sentidos: en primer lugar la consideran innecesaria cuando se trata de un parto en buenas condiciones; en segundo lugar se conflictúa con su concepto de pujar, ya que para ellas este acto es un proceso en el que “una mujer se convierte en madre”, es común en sus comunidades la frase “yo pujé a mis hijos”; y en tercer lugar la latente posibilidad de una mala práctica de esta intervención y que ésta tenga repercusiones en su salud física y sexual (United Nations, 2019); a esta situación las participantes lo atribuyeron como parte de la causa de la resistencia de las usuarias a la intervención hospitalaria; es decir, la mujer embarazada, al asistir a los servicios de salud institucional, desde el principio se enfrenta a tres inminentes amenazas, cesárea, episiotomía o salpingoclasia; independientemente que sea una recomendación médica necesaria o no, las participantes la refirieron como situaciones de inminente intervención y una posible mala práctica en alguna de ellas.

[Pregunta la muchacha] “¿Por qué nos van hacer el cortesito? Si nosotras podemos pujar”. Veo que eso es, eso lo que temen la embarazada, ahí van las pobres niñas a tener su bebé, les hacen el corte, que es muy doloroso, que les duele mucho (PT022).

e) Maniobra de Kristeller (Referido como “le apachurren la panza”). Que consiste en la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento con el fin de acelerar el parto (United Nations, 2019). Aunque las parteras refirieron que no es una práctica frecuente, sí se encuentra muy presente en su imaginario colectivo, probablemente por el impacto emocional que significa en las parteras tradicionales que les tocó vivenciar esta práctica, además de considerarla como una causa directa de muerte neonatal. En este sentido, de acuerdo a los relatos de las participantes, éstas se sienten responsables de estos actos, ya que ellas fueron quienes canalizaron a la mujer embarazada a los centros de salud, refirieron que en ocasiones se sienten culpabilizadas por las usuarias que lo significan como un acto de traición, fracturando así el lazo de confianza existente entre la partera tradicional y la mujer embarazada.

de que les aplastan la panza, los matan los niños, se ahogan, se ahogan los niños, hay veces que sacan dos o tres muertos y cómo para ellos no hay delito (PT019).

decía, sentía un dolor, sentía que me iba morir, dice y usted tiene la culpa por no atenderme, le digo, pero es que eres de alto riesgo, ¿Qué hago contigo? (PTx45)

Resistencia a la atención institucional y la emergencia obstétrica

Desde los relatos de las parteras tradicionales se observa que estas modalidades de violencia obstétrica, son los principales motivos de resistencia a la atención institucional de parte de las usuarias, misma que puede derivar en una situación de emergencia obstétrica o en otras condiciones que pueden comprometer la vida de la embarazada y el neonato.

No querían salir, vino la ambulancia y la patrulla y los sacaron a fuerza, a la señora la subieron a fuerza, que ya quería tener a su bebé ahí, a fuerza la subieron, y al esposo igual a fuerza, se los llevaron a los dos, pero a fuerza (PT031)

Las participantes refirieron que algunas mujeres embarazadas consideran un mayor riesgo recurrir a los servicios institucionales que al buscar otras alternativas para parir. Refirieron que esta situación coloca a las parteras en un dilema, por un lado, ser empáticas con la mujer gestante, comprender sus miedos y su mala experiencia en la institución de salud; y por otro lado identificar y reconocer un embarazo o parto de alto riesgo que precisa intervención quirúrgica inmediata. En este contexto, la partera tradicional refiere sentirse imposibilitada por la institución de salud de hacer frente a tal emergencia obstétrica, por lo que decide acompañar a la mujer embarazada a la institución de salud para que reciba inmediata atención. Acompañándose y desconociendo ambas si se enfrentarán a un rechazo institucional, personal capacitado suficiente, una baja capacidad de reacción ante la emergencia, o una discriminación hacia la partera tradicional. Esto coloca a usuarias y parteras en un terreno circundante de amenazas constantes, por ello en ocasiones refieren que la partera tradicional es el único lugar seguro para la embarazada y su hijo.

La verdad hay muchas mujeres que por ser maltratadas no quieren ir al hospital, por eso tienen a sus hijos solas en sus casas, aunque puedan morir. Pero es necesario que algunas de ellas vayan al hospital, porque las que son de alto riesgo, por ejemplo, las que tienen su hijo transverso, las que son anémicas ¿Qué vamos hacer nosotras con ellas? (PT064)

Las parteras refirieron haber conocido varios casos en los que los procesos administrativos resultan ser un difícil andamiaje que generan situaciones adversas en la atención, que, junto con la resistencia a la atención institucional de parte de la mujer embarazada, favorecen condiciones de emergencia obstétrica que comprometen la vida de la mujer embarazada y el neonato.

hay ocasiones que en el hospital no las quieren atender pronto, porque luego hay unas señoras que tienen a su niño afuera, en el piso lo tienen, que ya van con los dolores y tiran la criatura abajo (PT031).

Discusión y conclusiones

El rechazo institucional y valoración errónea se presentó como la forma más frecuente de violencia hacia la mujer, esto se ha estudiado en otros contextos mexicanos e identificado como el fenómeno de multi-rechazo hospitalario (Collado & Sánchez, 2016), que se refiere a las complicaciones que presentan las mujeres por consecuencia de una atención demorada. En este sentido, el rechazo institucional se manifestó como uno de los principales factores que provocan que la mujer embarazada evite los servicios de salud institucional, provocando que esto derive en situaciones de emergencia obstétrica de acuerdo a los relatos de las participantes; debido a que desde sus conceptos refieren que la atención hospitalaria no es adecuada, es transgresora y de falta de empatía con la mujer embarazada y el embarazo, además de estar fuera del contexto socio cultural de su localidad. Es decir en este caso, el ejercicio pleno de la violencia simbólica desde la superioridad institucional sobre la vulnerabilidad de la usuaria, a partir de un discurso

médico de su personal sanitario (Bourdieu, 2007); una lógica del mecanismo social de represión en el que los médicos buscan obligar a las mujeres a que “se controlen”, se callen, o dejen de quejarse, “recordándoles” que en otro momento seguramente experimentaron placer sexual y que “por lo tanto”, ahora deben vivir “con las consecuencias” (Castro & Erviti, 2015).

De esta forma, también se observó que las actitudes negativas hacia el embarazo y las barreras percibidas de atención médica entre mujeres mexicanas son un factor de complicaciones obstétricas (Quelopana et al., 2009). De igual forma, la insuficiencia de personal capacitado en las instituciones de salud se mantuvo muy presente en las parteras tradicionales, lo que coincide como una problemática generalizada a nivel mundial por el daño que causa en las mujeres embarazadas (United Nations, 2019). En México existen estudios que confirman esa carencia de personal y habilidades para la atención obstétrica (Méndez-Hernández et al., 2003), lo que puede dar sentido al temor de las mujeres embarazadas a acercarse a los servicios de salud institucional y que el parto ocurra sin una asistencia adecuada (Peron-Giaxa & Silva-Marques Ferreira, 2011). Así el rechazo institucional, la valoración errónea, la carencia de recursos y maltrato a las usuarias podrían conformar una presente pero poco visible forma de violencia institucional (Bellamy & Castro, 2019).

Estas condiciones permiten concluir que los significados construidos por las parteras tradicionales no distan mucho de la realidad objetiva a nivel global. En este sentido, al significar una institución de salud que es agresora, necesaria pero insensible a los significados locales, con baja reacción ante la urgencia obstétrica y con una carencia de recursos humanos; podría reforzar las conductas de rechazo a los servicios de salud y su personal por parte de las usuarias.

Las parteras tradicionales normalmente son líderes de opinión ante su comunidad y con la mujer que les consulta depositando su confianza, por lo que su opinión tiene peso en la construcción de significados de la mujer embarazada con respecto a la institución. Esta opinión puede ser reforzada por una mala experiencia de la usuaria y consolidar así un concepto de que la institución de salud es un factor de riesgo para la embarazada más que ser un recurso de ayuda; provocando así una falta de identificación oportuna de embarazos de alto riesgo, así como la prevención de emergencias obstétricas que conduzcan a situaciones que comprometan la vida de la madre y el neonato.

La práctica de la cesárea es significada como uno de los principales temores y resistencias a la atención institucional para las mujeres embarazadas. El programa IMSS-Prospera reportó haber atendido en el 2018 más del 29% de partos por cesárea (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018), cuando la OMS ha reportado que una tasa normal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y 15% (Organización Mundial de la Salud, 2015), y aunado a esto existe un mayor riesgo de mortalidad materna en una cesárea en comparación con el parto vaginal (Fahmy et al., 2018).

Las parteras tradicionales refirieron que la práctica del tacto vaginal ya es significada como una violación a su intimidad por sí misma, que es maximizada la experiencia si no se realiza en condiciones adecuadas de discreción y cuidado, y se termina por empeorar si ésta es mal practicada y deriva en alguna complicación obstétrica. Las participantes refirieron que el tacto vaginal en los centros de salud se realiza con frecuencia cada 20 minutos, y según la OMS el tacto vaginal se debe realizar en intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Con respecto a la violencia verbal hacia una mujer embarazada, se identificó como una práctica generalizada; en varias partes del mundo se han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud (United Nations, 2019). Esto también fue encontrado en este estudio y significado por las parteras como factores de rechazo a la atención institucional, y de igual forma hay que considerar el

factor normalización de la violencia, que en ocasiones podría estar invisibilizando otras formas violencia (Ramírez, 2018).

La esterilización se encuentra presente en los relatos de las participantes, referida como “perder la maternidad”; sin embargo cuando esta práctica se realizada sin el consentimiento de la mujer y su familia pasa a ser “me quitaron la maternidad”, y esto adquiere mayor relevancia ya que en su contexto la fertilidad es significada con frecuencia como una de las principales virtudes femeninas, su capacidad de “dar vida” y conformar una familia; por lo que esta práctica que probablemente parta de una estrategia poblacional o de salud, puede generar repercusiones emocionales y fracturas en las estructuras básicas de sentido de vida, de acuerdo al esquema de significados de las parteras tradicionales, teniendo implicaciones emocionales personales, sociales y hacia el interior de la familia.

De igual forma fue identificada la episiotomía, realizada sin el consentimiento de las mujeres y sin anestesia. Las parteras tradicionales, puesto que atienden partos sin recurrir a esta práctica, la significan como innecesaria y de fuertes implicaciones para la salud de la mujer embarazada. Al igual que la Maniobra Kristeller no es recomendada por la OMS, sigue siendo un procedimiento generalizado a nivel mundial (United Nations, 2019), en este caso fue mencionada como una práctica que ya no es común en estas instituciones de salud, sin embargo sigue presente en los relatos de las parteras tradicionales, en los cuales también hay que considerar la normalización de la violencia (Ramírez, 2018) que bien podría estar subdimensionando la frecuencia de estas prácticas.

Además de diversos factores sociales y culturales, vivir una experiencia de maltrato incrementa en las mujeres embarazadas la resistencia a una atención institucional (Colombara et al., 2016). Las vivencias de estas mujeres en torno al parto y al nacimiento afectan directamente sus percepciones y creencias respecto a dichos eventos (Peron-Giixa & Silva-Marques Ferreira, 2011). Estas vivencias retroalimentan y consolidan los significados instalados en el imaginario social favoreciendo al rechazo de la atención institucional, repercutiendo en el incremento de partos de alto riesgo y/o en partos extrahospitalarios, de ahí la importancia de fomentar condiciones que generen confianza en las mujeres embarazadas (Borges et al., 2018) y que los profesionales de la salud consideren los efectos potenciadores de la experiencia psicológica del parto fisiológico (Olza et al., 2018).

Los significados construidos en torno a los servicios de salud institucional tienen influencia en las actitudes de las mujeres embarazadas, su familia y la comunidad de la que provienen. Por lo que se recomienda, capacitar y empoderar a las parteras como agentes de salud y como parte de una estrategia de prevención, reconociendo la parte sociocultural que representan para su comunidad; de esta forma, dentro de un marco de respeto y libertad para ejercer su labor, fomentar el trabajo colaborativo con el personal institucional (Pabón Varela et al., 2018), sin que esto implique una trasgresión a su esquema de creencias y costumbres locales. De esta forma, al reconocer a la partera tradicional como un líder de opinión para su comunidad, podría generar mejores actitudes y conductas de las usuarias a los servicios de salud, lo que resultaría en una mejor prevención de riesgos obstétricos, y una visión más clara para todas las partes cuando una intervención quirúrgica es medicamento necesaria, o cuando es parte de una negligencia médica, un acto de violencia obstétrica o una plena violación a los derechos humanos de las usuarias.

En este sentido, el hecho de que las mujeres gestantes se resistan a la intervención institucional no responde específicamente a un acto de necesidad, sino que es una conducta que se debería ser entendida más a fondo, comprender otras implicaciones más profundas asociadas a esta resistencia que llega al grado de poner en riesgo su vida y la de su hijo; antes de acceder al servicio institucional. Culpabilizar a las embarazadas de una “simple necesidad de no ir al hospital”, culpabilizar a la partera por no hacer su “obligación” de enviarla al hospital, manifestarle la amenaza de represalias legales de la muerte materna o neonatal consecuencia de esta resistencia; pone en evidencia la relación asimétrica de poder que la institución de salud ejerce sobre la partera tradicional de igual forma (Castro & Erviti, 2015); revelando en

todo momento una incapacidad institucional para hacer frente a la salud obstétrica de la región, y buscando como estrategia la repartición de culpas por medio del ejercicio de la violencia simbólica, más que asumir responsabilidad por medio de políticas de salud más comunitarias que institucionales, que hagan frente a las muertes maternas y neonatales de la región, y a la violencia obstétrica (cesarias y episiotomías innecesarias, tratos inadecuados y carencias en sus tiempos de reacción ante la emergencia). Es decir, finalmente, desmontarse del discurso de superioridad institucional y en su lugar, hacer alianzas con la población y los actores estratégicos como las parteras y médicos tradicionales, logrando generar estrategias horizontales que se traduzcan en mejores acciones en materia de salud obstétrica regional.

El presente estudio se limitó a comunidades rurales de una región del estado de Veracruz, que, aunque los resultados coinciden con datos nacionales o internacionales, no representa que los significados construidos en torno a la violencia obstétrica puedan ser generalizados en otras zonas geográficas, condiciones de acceso a la salud u otras culturas como el caso de comunidades indígenas; ni que las condiciones de emergencia obstétrica sean las mismas o que respondan a las mismas causales. Por lo que se abre la posibilidad para futuras investigaciones en otras regiones y variables, con la finalidad de conocer las realidades locales e identificar patrones en común, que permitan responder a la problemática de índole general, pero respetando también la particularidad de cada región, sus condiciones y su cultura.

Referencias

- Agudelo-Bedoya, M. E., & Estrada-Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 1(17), 353–378. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1156>
- Alarcón-Nivia, M. Á., Sepúlveda-Agudelo, J., & Alarcón-Amaya, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188–195. <https://doi.org/10.18597/rcog.242>
- Almaguer, J. A., Vargas, V., & García, H. J. (2014). *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (3ra ed.). Programa Editorial del Gobierno de la República. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
- Alvarado, A. F., & Morán, J. A. (1989). Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México. *Salud Pública de México*, 31(6), 745–756.
- Álvarez, D., & Miranda Orrego, M. I. (2014). Oficios que cuidan la vida: Partería y curación. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 18(50), 149–160. Redalyc.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2016). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología* (1ra ed.). Paidós.
- Amanuel, H., Palazuelos, D., Reyes, A., Montañón, M., Flores, H., & Molina, R. L. (2019). “Morir En Camino”: Community Narratives about Childbirth Care in Rural Chiapas. *Global Public Health*, 14(3), 396–406. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1512143>
- Anderson, H. (2012). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia* (2da ed.). Amorrortu Editores.
- Angrosino, M. V., Amo, T. del, & Blanco, C. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa* (1ra ed.). Ediciones Morata.
- Aranda, P., Figueroa, C., García, J. A., Quintana, M. O., & Martínez, F. (2017). Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio: Estudio en Sonora. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 34–35). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Argüello-Avendaño, H. E., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 13–29. Redalyc.
- Bak, C. (2003). The Role of Fear in the U.S. Birthing Process. *Midwifery Today*, 67(1), 7–24.
- Bellamy, C., & Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 120–137. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>
- Berenzon-Gorn, S., Ito-Sugiyama, E., & Vargas-Guadarrama, L. A. (2006). Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 48(1), 45–56.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2011). *La construcción social de la realidad* (1ra ed.). Amorrortu Editores.

- Bodeker, G., & Kariippanon, K. (2020). Traditional Medicine and Indigenous Health in Indigenous Hands. En G. Bodeker & K. Kariippanon, *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.155>
- Borges, L., Sixto Pérez, A., & Sánchez Machado, R. (2018). Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1–16.
- Botella i Mas, M., & Ibáñez Gracia, T. (2011). *Introducción a la psicología social* (1ra ed.). Editorial UOC.
- Botteri, E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: La partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125–135. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/Botteri>
- Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P., & Jordà, J. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P., Passeron, J. C., Melendres, J., & Subirats, M. (1998). *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Distribuciones Fontamara.
- Briones-Garduño, J. C., & Díaz de León, M. (2013). *Mortalidad materna* (1ra ed.). Editorial Alfíl. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf>
- Butler, J., & Bixio, A. (2015). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”* (3ra ed.). Paidós.
- Cabeza de Baca, T., Wojcicki, J. M., Epel, E. S., & Adler, N. E. (2018). Lack of partner impacts newborn health through maternal depression: A pilot study of low-income immigrant Latina women. *Midwifery*, 64(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.014>
- Calderón, G., & Pat, L. (2015). Prácticas tradicionales de salud materna. La partería en las comunidades rurales del Municipio del Carmen. En L. E. Amador-del Ángel & M. Cortés (Eds.), *Problemas contemporáneos regionales del Sureste Mexicano: El caso del estado de Campeche* (1ra ed., pp. 108–127). Universidad Autónoma del Carmen. https://www.researchgate.net/publication/279204283_Problemas_contemporaneos_regionales_del_Sureste_Mexicano_El_caso_del_estado_de_Campeche
- Campero, L., Hernández, B., Osborne, J., Morales, S., Ludlow, T., & Muñoz, C. (2004). Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of caesarean section in a Mexican study. *Midwifery*, 20(4), 312–323. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.04.002>
- Carrera, C. (2017). La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 34–35). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Carrillo, T. (2017). Tensiones silenciosas y silenciadas en el parto como práctica sociocultural: Hacia una revaloración de la partera comunitaria. *Diotima, Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria*, 3(7), 15–27.
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164–167. Redalyc.
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37–42. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>

- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (1ra ed.). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
- Castro, R., & Frías, S. M. (2019). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey 1. *Violence Against Women*, 1(1), 1–18. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Chernobilsky, L. B. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1ra ed., pp. 239–273). Gedisa Ed.
- Clastres, P. (1981). *Investigaciones en antropología política* (1. ed). Gedisa.
- Collado, S. P., & Sánchez, Á. (2016). ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. *Revista CONAMED*, 21(1), 32–41.
- Colombara, D. V., Hernández, B., Schaefer, A., Zyzniwski, N., Bryant, M. F., Desai, S. S., Gagnier, M. C., Johanns, C. K., McNellan, C. R., Palmisano, E. B., Ríos-Zertuche, D., Zúñiga-Brenes, P., Iriarte, E., & Mokdad, A. H. (2016). Institutional Delivery and Satisfaction among Indigenous and Poor Women in Guatemala, Mexico, and Panama. *PLOS ONE*, 11(4), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154388>
- Comisión de Derechos Humanos. (2016). *Comunicado de Prensa CGCP/144/16. Convoca CNDH a las autoridades de salud a respetar e impulsar el trabajo de las parteras tradicionales.* <https://www.cndh.org.mx/documento/convoca-cndh-las-autoridades-de-salud-respetar-e-impulsar-el-trabajo-de-las-parteras>
- Comisión de Derechos Humanos. (2017a). *Comunicado de Prensa DGC/158/17 reconoce CNDH el valor de la partería tradicional, y llama al estado mexicano a valorar el conocimiento tradicional de pueblos y comunidades indígenas y el derecho de las mujeres sobre su cuerpo.* http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2017/Com_2017_158.pdf
- Comisión de Derechos Humanos. (2017b). *Recomendación 31/2017. Sobre la Violencia Obstétrica en el sistema Nacional de Salud. Comisión Nacional de Derechos Humanos.* CNDH. http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF: 15/09/2017, DOF: 15/09/2017 (2017). http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1996). The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 111–120. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00010>
- De Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo* (6ta ed.). Cátedra: Universitat de València.
- Díaz, L. C., & Oropeza, L. (2007). Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX : el despojo de su arte. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 27(0), 237–261.
- Díaz-Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119–142. <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Dixon, L. Z. (2020). Making Women into Protagonists: Midwives Reimagine the Mexican Childbirth Narrative. *Medical Anthropology*, 39(6), 521–537. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1714609>

- Echeverría, R. (2011). *Ontología del lenguaje* (6a ed.). Comunicaciones Noreste Ltda.
- El-Kotni, M., & Ramírez, A. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partera en Chiapas. *LiminaR*, 15(2), 96–109. <http://dx.doi.org/10.2536/liminar.v15i2.533>
- Fahmy, W. M., Crispim, C. A., & Cliffe, S. (2018). Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery*, 59(1), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.01.009>
- Fernández Christlieb, P. (2011). Lo Psicosocial. En J. Ramos & A. Ovejero Bernal (Eds.), *Psicología social crítica* (pp. 47–55). Biblioteca Nueva, S. L.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (1ra ed.). Fundación Paideia Galiza; Ediciones Morata.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa* (1ra ed.). Ediciones Morata.
- Flick, U. (2015). *El Diseño de investigación cualitativa* (1ra ed.). Ediciones Morata.
- Foucault, M. (1990). *La Arqueología del saber*. Siglo Veintiuno editores.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.; 2da ed.). Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad* (U. Guiñazú, Trad.; 3ra ed.). Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2019). *Microfísica del poder* (E. Castro & H. Pons, Trads.; 2da ed.). Siglo XXI Editores.
- Freyermuth Enciso, G. (2005). *Médicos tradicionales y médicos alópatas: Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas* (1ra ed.). Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura : DIF-Chiapas : Instituto Chiapaneco de Cultura : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología-Sureste.
- Gamlin, J., & Holmes, S. (2018). Preventable perinatal deaths in indigenous Wixárika communities: An ethnographic study of pregnancy, childbirth and structural violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(243), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1870-6>
- García, J., & Potts, M. (2019). De prácticas tradicionales a la reducción de muertes maternas: Parteras indígenas tradicionales en Chiapas, México. En G. Sánchez, G. Freyermuth, & ECOSUR (Institution: Mexico) (Eds.), *Imagen instantánea de la partería* (1ra ed., pp. 129–146). El Colegio de la Frontera Sur, ECOSUR; Asociación Mexicana de Partería A.C. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/imagen-instantanea-de-la-parteria-epub/>
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social* (1ra ed.). Editorial Paidós.
- Gergen, K. J. (2018). *El Yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo* (1ra ed.). Editorial Paidós.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social* (1ra ed.). Editorial Paidós.
- Gervás, J. J., & Pérez, M. (2015). *La Expropiación de la salud*. Los Libros del Lince.
- Gil, G. (2017). Modelos de partería en Jalisco. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 30–31). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>

- Gobierno de México. (2020). *Instituto Mexicano del Seguro Social- Bienestar (IMSS-BIENESTAR)* [Página gubernamental]. <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
- Gobierno del Estado de Veracruz. (2019). *Programa Sectorial de Salud de Veracruz 2019-2024* (Gaceta Oficial 1084 Tomo VII; p. 180). Gobierno del Estado de Veracruz. <https://www.ssaver.gob.mx/wp-content/uploads/2019/09/PSSV2019-2024.pdf>
- Gobierno del Estado de Veracruz. (2020, marzo 1). *Secretaría de Salud de Veracruz (SESVER)* [Página gubernamental]. Veracruz Gobierno del Estado. <https://www.ssaver.gob.mx/>
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (2010). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa* (1ra ed.). Ediciones Morata.
- Gómez, A., & Carrasco, M. (2017). La partería en Puebla durante el periodo 2009-2016. Percepción de las usuarias. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 28–29). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- González, J. A. A., Ramírez, H. J. G., & Vite, V. V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Secretaría de Salud*, 10(2/3), 16.
- González-Pérez, D., Pérez-Rodríguez, G., Leal-Omaña, J., Agulí Ruíz-Rosas, R., & González-Izquierdo, J. (2016). Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional. *Revista Mexicana de Pediatría*, 83(4), 115–123.
- Guasch, Ó. (2002). *Observación participante* (2da ed.). Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS]. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/3_publicaciones/coleccion/ver.jsp?id=9788474762402
- IMSS-BIENESTAR. (2020). *No.395/2019 IMSS-Bienestar trabaja con parteras rurales en beneficio de las mamás y sus bebés | Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/395>
- IMSS-PROSPERA. (2017). *No.251/2017 Parteras de IMSS-PROSPERA logran reducir la muerte materno infantil en Chiapas | Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano”*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201708/251>
- ACUERDO por el que el Instituto Mexicano del Seguro Social publica los Lineamientos Generales del Programa IMSS-Solidaridad, DOF: 12/05/1999, Cámara de diputados, DOF: 12/05/1999 (1999). http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4948348&fecha=12/05/1999
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2015). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2015*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2014-2015>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2020). *ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2020* (DOF: 10/01/2020). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583723&fecha=10/01/2020
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], I. (2013). *Programa IMSS-OPORTUNIDADES. Libro Blanco 2007-2012* (p. 301). Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], I. (2018). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2017-2018*

- (<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20172018/21-InformeCompleto.pdf>; p. 471). Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], I. (2019a). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018-2019* (p. 308). Instituto Mexicano del Seguro Social; <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20182019/21-InformeCompleto.pdf>. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], I. (2019b). *Programa IMSS-PROSPERA Libro Blanco 2013-2018* (p. 403). Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Veracruz de Ignacio de la Llave 2017* (México en Cifras, p. 1222). <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825094980>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html>
- Jubés, E., Laso, E., & Ponce, Á. (2001). Constructivismo y construccionismo: Dos extremos de la cuerda floja. *Tendencias actuales en investigación social*, 69(1), 279–296.
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2015). Grupos Focales. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de investigación cualitativa IV* (pp. 494–532). Gedisa Editorial.
- Laureano-Eugenio, J., Mejía-Mendoza, M. L., Ortiz-Villalobos, R. C., & Saavedra-Serrano, J. A. (2017). Perspectiva de las parteras en Jalisco, México, frente al embarazo de alto riesgo: Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 49. <https://doi.org/10.18597/rcog.2980>
- Ley General de Salud, núm. DOF: 29/11/2019 (2019). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019
- Magnabosco Marra, M. (2014). El Construccionismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología*, 32(2), 220–242. Redalyc.
- Marín, Y. (2020). Crear un intersticio sagrado para nacer. Un análisis antropológico de ejercicio de la partería profesional urbana en una casa de partos en México. *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(11), 257–281.
- Martínez-Miguel, M. (2014). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. (2da ed.). Editorial Trillas.
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniestra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, L., & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: Conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México*, 45(6), 472–482.
- Mendoza Castelán, G., Lugo Pérez, R., & Tehuacatl Cuaquehua, H. (2004). *Ipehualyo in temazcalyo: Fundamentos del temazcalli*. Universidad Autónoma Chapingo, Departamento de Fitotecnia, Programa Universitario de Medicina Tradicional y Terapéutica Naturista : [San Miguel Tlaxipan, Texcoco, Mexico] : Centro de Estudios Integrados y Formación Comunitaria “Caltepehtlatocan,” Consultorio de Medicina Tradicional Indígena “Quetzalpapalotl”.

- Menéndez, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <https://doi.org/10.17345/9788484246879>
- Mieles-Barrera, M. D., Tonon, G., & Alvarado-Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–225. Redalyc.
- Morales, J. F., Moya, M. C., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (Eds.). (2013). *Psicología social* (3ra ed.). McGrawHill Education.
- Moscoso, L. F., & Díaz, L. P. (2017). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(34), 51–67. <https://doi.org/10.18359/rubi.2955>
- Munné, F. (1999). Constructionism, constructivism and complexity: The weakness of critical knowledge in the constructional psychology. *International Journal of Social Psychology*, 14(2–3), 131–144. <https://doi.org/10.1174/021347499760259903>
- Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (A/RES/61/295)* [Oficial de organismo internacional]. Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/declaracion-sobre-los-derechos-de-los-pueblos-indigenas.html>
- Observatorio de mortalidad materna en México*. (2020). [Página de la Sociedad Civil]. Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/indicadores>
- Odent, M. (2004). El nacimiento de los mamíferos humanos. *Ob stare: El mundo de la maternidad*, 15(1), 23–29.
- Odent, M., & Tentori, F. (2005). *Nacimiento renacido*. Creavida.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea WHO/RHR/15.02*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1984). *Atención primaria de salud ALMA-ATA 1978*. OMS. <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Mortalidad materna en 2005* (1ra ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43849>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *La inversión en partería puede salvar millones de vidas de mujeres y recién nacidos*. WHO. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto* (1ra ed.). Ediciones OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179906/9789243507361_spa.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud [OMS], & Human Reproduction Programme. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo* (Human Reproduction Programme WHO/RHR/15.02; Salud sexual y reproductiva, pp. 1–8). Organización Mundial de la Salud OMS.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Instituto Nacional Indigenista : Instituto Nacional de Antropología e Historia : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Ovejero Bernal, A., & Ramos, J. (Eds.). (2011). *Psicología social crítica*. Biblioteca Nueva, S. L.
- Pabón Varela, Y., Cortina Navarro, C., Pabón Varela, Y., Brito Ferreira, K. D., & Freyle Brito, Y. L. (2018). La partería tradicional en tres regiones del Magdalena-Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 1–14.
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., & de los Ángeles Mejía, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: Creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 375–382. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000400002>
- Peräkylä, A. (2015). Análisis de la conversación y el texto. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de investigación cualitativa IV* (1ra ed., pp. 462–493). Gedisa Editorial.
- Pereira, A. M. (2017). El parto en casa atendido por una partera tradicional y un médico particular en Yucatán. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (1ra ed., pp. 20–21). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Peron-Giixa, T. E., & Silva-Marques Ferreira, M. de L. (2011). Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 363–369.
- Quelopana, A. M., Champion, J. D., & Salazar, B. C. (2009). Factors predicting the initiation of prenatal care in Mexican women. *Midwifery*, 25(3), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.008>
- Ramírez, A. R. (2018). El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: Motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (Primera edición, pp. 48–55). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.
- Reese, L., Kroesen, K., & Gallimore, R. (2012). Cualitativos y cuantitativos, no cualitativos vs. Cuantitativos. En R. Mejía Arauz & S. A. Sandoval (Eds.), *Tras las vetas de la investigación cualitativa: Perspectivas y acercamientos desde la práctica* (1ra ed., pp. 39–75). ITESO. https://publicaciones.iteso.mx/libro/tras-las-vetas-de-la-investigacion-cualitativa_94845/
- Renfrew, M., Homer, C., Downe, S., Mcfadden, A., Kenney Muir, N., Prentice, T., & ten Hoop-Bender, P. (2014). Midwifery: An Executive Summary for the Lancet's Series. "Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries". *The Lancet*, 2014(1), 1–58.
- Rodrigáñez, C. (2010). *Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina: En el 50a. Aniversario de la muerte de Wilhelm Reich* (Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, Ed.; 3ra ed.). Crimentales.

- Romero-Gutiérrez, G., Cruz-Arvizu, V. H., Regalado-Cedillo, C. A., & Ponce-Ponce de León, A. L. (2011). Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery*, 27(5), 750–753. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.015>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ta ed., Vol. 15). Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Saldaña, V., Salas, L., Maciel, N., & Paredes, S. (2017). Resultados de Guerrero: La partería en México desde el punto de vista de las usuarias. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 01–02). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Sánchez, G., Guati-Rojo, M., & Pérez-López, N. (2019). Las condiciones de las parteras tradicionales en Chiapas. En G. Sánchez, G. Freyermuth, & ECOSUR (Institution: Mexico) (Eds.), *Imagen instantánea de la partería* (1ra ed., pp. 129–146). El Colegio de la Frontera Sur, ECOSUR; Asociación Mexicana de Partería A.C. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/imagen-instantanea-de-la-parteria-epub/>
- Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., Loutfi, D., Dion, A., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2020). Fuzzy cognitive mapping and soft models of indigenous knowledge on maternal health in Guerrero, Mexico. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-00998-w>
- Schallman, R. (2012). *Parir en libertad: En busca del poder perdido* (1ra ed.). Grijalbo.
- Secretaría de Bienestar. (2020). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2020* [Gobierno Federal, México]. Secretaría de Bienestar. <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social>
- Secretaría de Salud. (2003). *Segundo Informe de Gobierno 2001-2002* (Informe de labores Segundo; pp. 304–309). Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2009). *Convenio General de Colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de las Emergencias Obstétricas* (<http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf>; CV034 09; Definiciones, p. 18). SSA/IMSS/ISSSTE. <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). *Modelo de fortalecimiento de los servicios de salud con Medicina Tradicional*. SALUD. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>
- Secretaría de Salud. (2017). Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud. *SALUD*, 1–11.
- Secretaría de Salud. (2020). *Catálogo de servicios para la atención con parteras tradicionales en el seguro popular* Secretaría de Salud. SALUD. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/103628/CatalogoServiciosSeguroPopular.pdf>
- Secretaría de Salud del Estado de Veracruz. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013 a 2018* (Diario Oficial de la Federación DOF:12/12/2013; p. 51). Gobierno del Estado de Veracruz. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Sieglin, V., & Sánchez, G. (2019). Presentación. En G. Sánchez, G. Freyermuth, & ECOSUR (Institution: Mexico) (Eds.), *Imagen instantánea de la partería* (1ra ed., pp. 129–146). El Colegio de la Frontera Sur, ECOSUR; Asociación Mexicana de Partería A.C. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/imagen-instantanea-de-la-parteria-epub/>

- Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1ra ed., pp. 153–174). Gedisa Editorial.
- Stake, R. (2015). Estudios de casos cualitativos. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de investigación cualitativa III* (1ra ed., pp. 154–197). Gedisa Editorial.
- Tarrés, M. L. (Ed.). (2013). *Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (1ra ed.). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO: El Colegio de México : M. A. Porrúa.
- Uicab, G. de los Á., & Juárez, M. (2017). Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (1ra ed., pp. 74–79). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.
- United Nations. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence: Note / by the Secretary-General* (Seventy-fourth session Núm. 71/170; Advancement of women, p. 23). United Nations General Assembly. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
- United Nations Fund for Population Activities. (2014a). *Argumentos a favor de la partería. Caja de herramientas para impulsar cambios en las políticas a nivel nacional a partir de la evidencia presentada en el informe el estado de las parteras en el mundo*. UNFPA. https://www.msh.org/sites/default/files/somwy_toolkit_spanish_dec3_2014.pdf
- United Nations Fund for Population Activities. (2014b). *The state of the world's midwifery 2014: A universal pathway - a woman's right to health* (United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, & World Health Organization, Eds.). UNFPA. <https://www.unfpa.org/es/featured-publication/el-estado-de-la-parteras-en-el-mundo-2014>
- Valdez-Santiago, R., Arenas-Monreal, L., & Hernández-Tezoquipa, I. (2004). Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*, 46(1), 56–63.
- Vega, M. (2017). La atención durante el embarazo, parto y posparto brindado por personal local de salud: La partera tradicional y familiar en comunidades indígenas de Chiapas. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 16–17). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Villanueva, O. (2017). Atención materna en Chiapas: Reflexiones en torno al modelo de atención institucionalizado. En G. Freyermuth Enciso (Ed.), *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (pp. 26–27). Observatorio de mortalidad materna en México. <http://omm.org.mx/index.php>
- Watzlawick, P., & Machain, N. M. de. (1998). *La realidad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* (3ra ed.). Gedisa Editorial.
- World Health Organization. (2016). *WHO | Midwives' voices, midwives' realities report 2016* (1ra ed.). World Health Organization. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/midwives-voices-realities/en/
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>

Anexos

Anexo A: Guía de entrevista no estructurada

De acuerdo a Goetz & LeCompte (2010)

- Concepto de partera tradicional.
- Relación con la embarazada, su familia y la comunidad.
- Relación con la institución de salud.
- Factores que inciden en la práctica de la partería tradicional.
- Temas relacionados que pueden conducir a nueva información.

Anexo B: Guía de observación participante

De acuerdo a Goetz & LeCompte (2010)

1. ¿Quiénes están en el grupo o en la escena? ¿Cuántos son, y cuáles son sus tipos, identidades y características relevantes? ¿Cómo se consigue ser miembro del grupo o participar en la escena?
2. ¿Qué está sucediendo aquí? ¿Qué hacen los individuos del grupo o de la escena y qué se dicen entre sí?
 - a. ¿Qué comportamientos son repetitivos, y cuáles anómalos? ¿En qué acontecimientos, actividades o rutinas están implicados los individuos? ¿Qué recursos se emplean en dichas actividades y cómo son asignados? ¿Qué contextos diferentes es posible identificar?
 - b. ¿Cómo se comportan las personas del grupo recíprocamente? ¿Cuál es la naturaleza de la participación y de la interacción? ¿Cómo se relacionan y vinculan los individuos? ¿Qué status y roles aparecen en su interacción? ¿Quién toma qué decisiones y por quién? ¿Qué organización subyace a todas estas interacciones?
 - c. ¿Cuál es el contenido de sus conversaciones? ¿Qué temas son comunes, y cuáles poco frecuentes? ¿Qué relatos, anécdotas y admoniciones intercambian? ¿Qué lenguajes verbales y no verbales utilizan para comunicarse? ¿Qué creencias patentiza el contenido de sus conversaciones? ¿Qué estructuras tienen sus conversaciones? ¿Qué procesos reflejan? ¿Quién habla y quién escucha?
3. ¿Dónde está situado el grupo o la escena? ¿Qué escenarios y entornos físicos forman sus contextos? ¿Con qué recursos naturales cuenta el grupo y qué tecnologías crea o utiliza? ¿Cómo asigna y emplea

el espacio y los objetos físicos? ¿Qué se consume y qué se produce? ¿Qué sensaciones visuales, sonoras, olfativas y auditivas y qué sentimientos se detectan en los contextos del grupo?

4. ¿Cuándo se reúne e interactúa el grupo? ¿Con qué frecuencia se producen las reuniones y cuánto se prolongan? ¿En qué modo el grupo conceptualiza, emplea y distribuye el tiempo? ¿Cómo perciben los participantes su pasado y su futuro?

5. ¿Cómo se interrelacionan los elementos identificados, tanto desde el punto de vista de los participantes como desde la perspectiva del investigador? ¿Cómo se mantiene la estabilidad? ¿Cómo surge y es orientado el cambio? ¿Cómo se organizan todos estos elementos? ¿Qué reglas, normas o costumbres rigen en la organización social? ¿Cómo se relaciona este grupo con otros grupos, organizaciones o instituciones?

6. ¿Por qué funciona el grupo como lo hace? ¿Qué significados atribuyen los participantes a su conducta? ¿Cuál es la historia del grupo? ¿Qué símbolos, tradiciones, valores y concepciones del mundo se pueden descubrir en él?

Anexo C: Guía para realizar notas de Campo

De acuerdo a Angrosino et al. (2012)

- Declaración sobre el entorno particular (por ej., la escuela, el hogar, la iglesia, la tienda).
- Enumeración de los participantes (número, características generales, por ej., edad, género).
- Cronología de los acontecimientos.
- Descripción del entorno físico y todos los objetos materiales implicados.
- Descripción de los comportamientos e interacciones.
- Registros de conversaciones o de otras interacciones verbales.

Anexo D: Guía de Entrevista para grupos focales

De acuerdo a los ejes temáticos

1. Autoconcepto como Partera Tradicional

- 1.1. ¿Que es para usted ser una partera tradicional?
- 1.2. ¿Cuál piensa que es la importancia de ser partera tradicional?
- 1.3. ¿Que considera que es lo mejor de ser partera tradicional?
- 1.4. ¿Que piensa que es lo más difícil de ser una partera tradicional?
- 1.5. ¿Un parto debería de ser tradicional?

2. Labor de la Partería Tradicional

- 2.1. ¿Cuál considera que es importante continuar con la práctica de la partería tradicional?
- 2.2. ¿Cómo considera que la partería tradicional ayuda a la mujer?
- 2.3. ¿Cómo considera que la partería tradicional ayuda a la familia?
- 2.4. ¿Cómo considera que la partería tradicional ayuda a la comunidad?
- 2.5. ¿Cómo considera que la partería tradicional ayuda a la institución de salud?

3. Factores de incidencia

3.1. Factores que desfavorecen (-) la partería tradicional

- 3.1.1. ¿Que acciones considera ha hecho la institución de salud que han frenado la práctica de la partería tradicional?
- 3.1.2. ¿Que acciones considera han hecho las personas de la comunidad que han frenado la práctica de la partería tradicional?
- 3.1.3. ¿Que acciones considera han hecho las mismas parteras tradicionales que han frenado la práctica?
- 3.1.4. ¿Por que considera que las parteras tradicionales han ido dejando de atender?

3.2. Factores que favorecen (+) la práctica de la partería tradicional

3.2.1. ¿Que acciones considera que ha hecho la institución que han favorecido la práctica de la partería tradicional?

3.2.2. ¿Que acciones considera que han hecho las personas de la comunidad que han favorecido la práctica de la partería tradicional?

3.2.3. ¿Que acciones considera que han hecho las mismas parteras tradicionales que han favorecido la práctica?

3.2.4. ¿Por que considera que las parteras tradicionales NO han dejado de atender?

4. Conceptos relacionados con la salud materna y práctica tradicional

4.1. ¿Que es para usted la muerte materna? ¿A qué se debe?

4.2. ¿Que es para usted la muerte del recién nacido? ¿A qué se debe?

4.3. ¿Que es para usted la violencia obstétrica? ¿A qué se debe?

4.4. ¿Que es para usted la cesarí? ¿A qué se debe?

4.5. ¿Qué es para usted un médico tradicional?

Anexo E: Formato de Devolución de Resultados

ETAPA 1: Partería Tradicional

▪ Ser Poseedoras de un Don	1	2	3	4	5
▪ Ser Herederas de un Saber Tradicional	1	2	3	4	5
▪ <i>Transmisión transgeneracional</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Habilidad de resolución</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>No estudio formal</i>	1	2	3	4	5
▪ Hacer tradicional	1	2	3	4	5
▪ <i>Protección tejido social</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Contacto con la mujer</i>	1	2	3	4	5

ETAPA 2: Reconocimiento institucional

▪ Ser Capacitada y Reconocida por la institución de salud	1	2	3	4	5
▪ <i>Reconocimiento y empoderamiento</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Resignificación ante la comunidad</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Colaboración y subordinación Institucional</i>	1	2	3	4	5

ETAPA 3: Resignificación Partera Tradicional

▪ Despojo institucional	1	2	3	4	5
▪ <i>Pérdida de territorio y desacreditación</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Fractura de confianza y colaboración</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Resignificación del significado del personal médico</i>	1	2	3	4	5
▪ Resignificación	1	2	3	4	5
▪ <i>Pérdida de sentido por impactos sociales</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Obediencia y brazos caídos</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Desobediencia y simulación</i>	1	2	3	4	5

ETAPA 4: Violencia obstétrica e institucional

▪ Agresiones derivadas de la institucional	1	2	3	4	5
▪ <i>Agresión física-verbal</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Rechazo institucional y valoración inadecuada</i>	1	2	3	4	5
▪ <i>Insuficiencia de recursos institucionales</i>	1	2	3	4	5
▪ Vivencia de procedimientos médicos	1	2	3	4	5
▪ Cesárea	1	2	3	4	5
▪ Tacto vaginal	1	2	3	4	5
▪ OBt o Salpingoclasia	1	2	3	4	5
▪ Episiotomía	1	2	3	4	5
▪ Maniobra de Kristeller	1	2	3	4	5
Observaciones:					

Anexo F: Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

A partir de WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (World Health Organization, 2018), se presentan las prácticas con evidencia científica recomendadas por la Organización Mundial de la Salud que son compatibles y aplicables en la práctica de la partería tradicional, respetando sus propias representaciones acerca del nacimiento natural.

Opción de atención	Recomendación	Categoría
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: — La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. — El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado

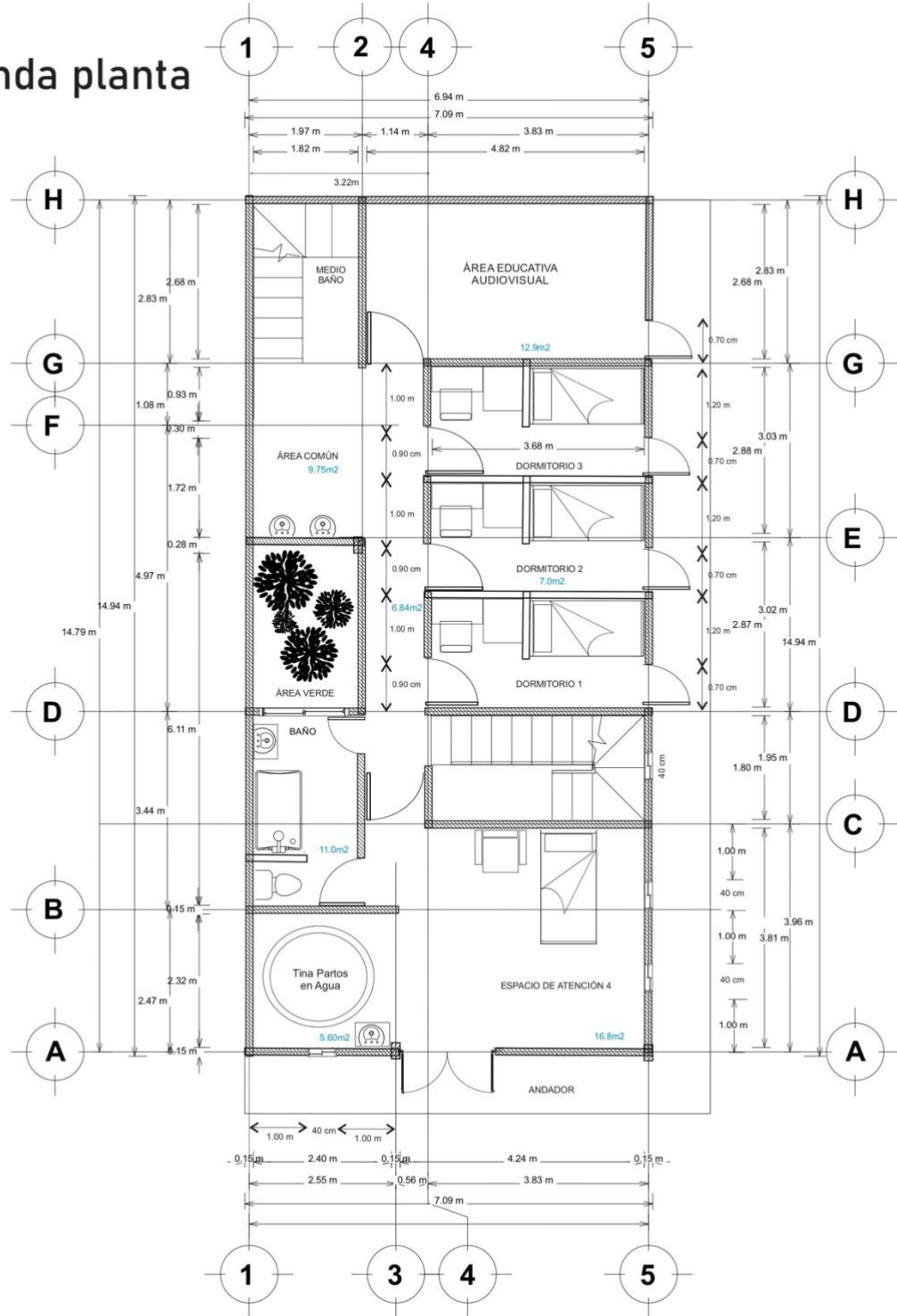
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado
	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado
Política de ingreso en la sala de parto	10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas. <i>(La pelvimetría evalúa el tamaño de la pelvis de una mujer con el objetivo de predecir si podrá dar a luz por vía vaginal o no. Este procedimiento se puede realizar mediante un examen clínico o mediante rayos X convencionales, tomografía computarizada (TC) o imagenología de resonancia magnética (IRM))</i>	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo. <i>(Comparación de la monitorización fetal electrónica continua en el trabajo de parto (cardiotocografía, CTG) con la escucha intermitente (auscultación intermitente, AI) La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal es una manera de comprobar el bienestar de los fetos durante el trabajo de parto).</i>	No recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo	Recomendado

Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (<i>mindfulness</i>) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina.	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. (<i>La rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto, a veces llamada amniotomía o "rotura de la bolsa", es uno de los procedimientos más utilizados en la práctica moderna de la obstetricia y entre las parteras</i>).	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
Período expulsivo		

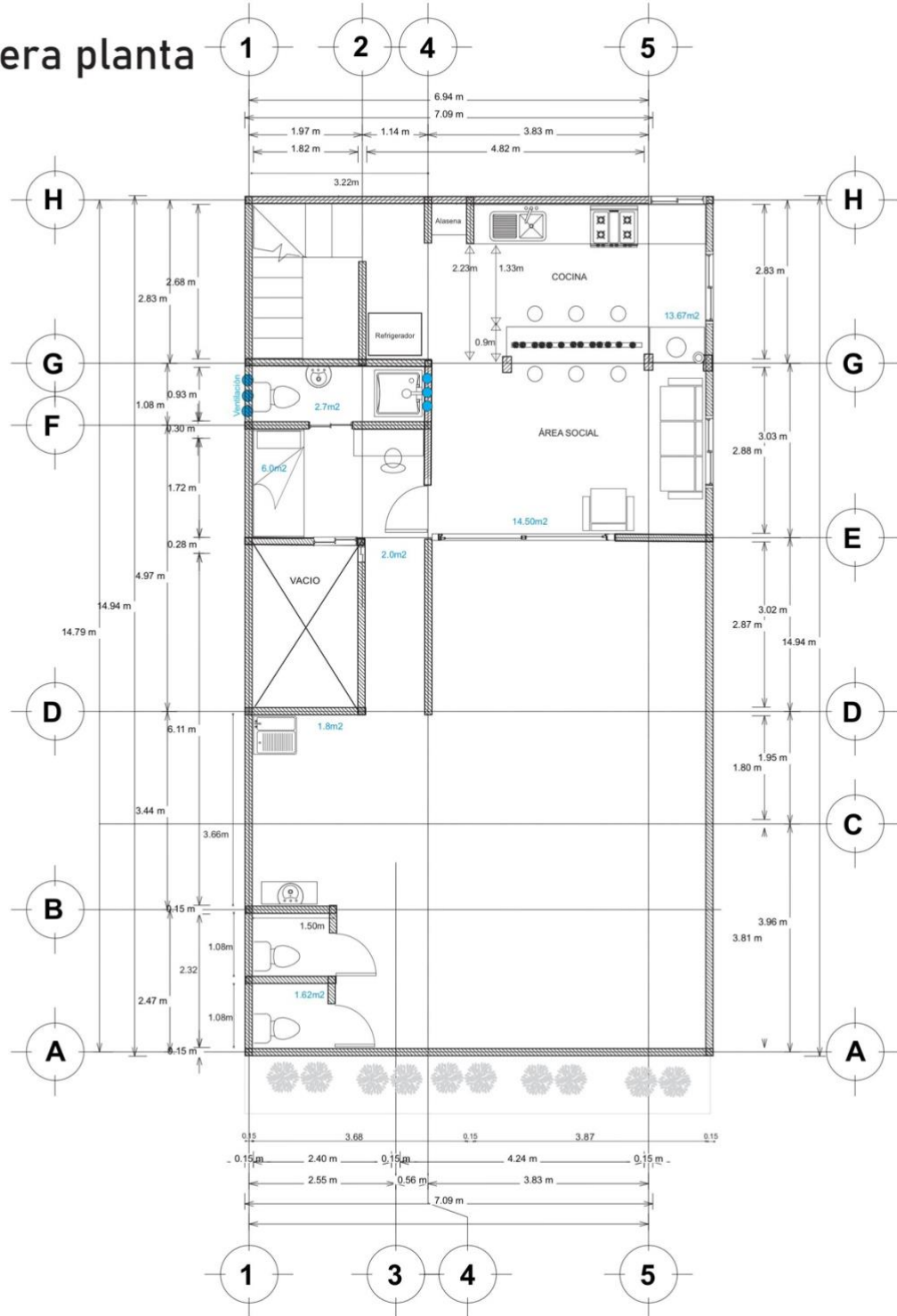
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Episiotomy policy	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Fundal pressure	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.	Recomendado
Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.	Recomendado
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.	Recomendado
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.	Recomendado

Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.	Recomendado

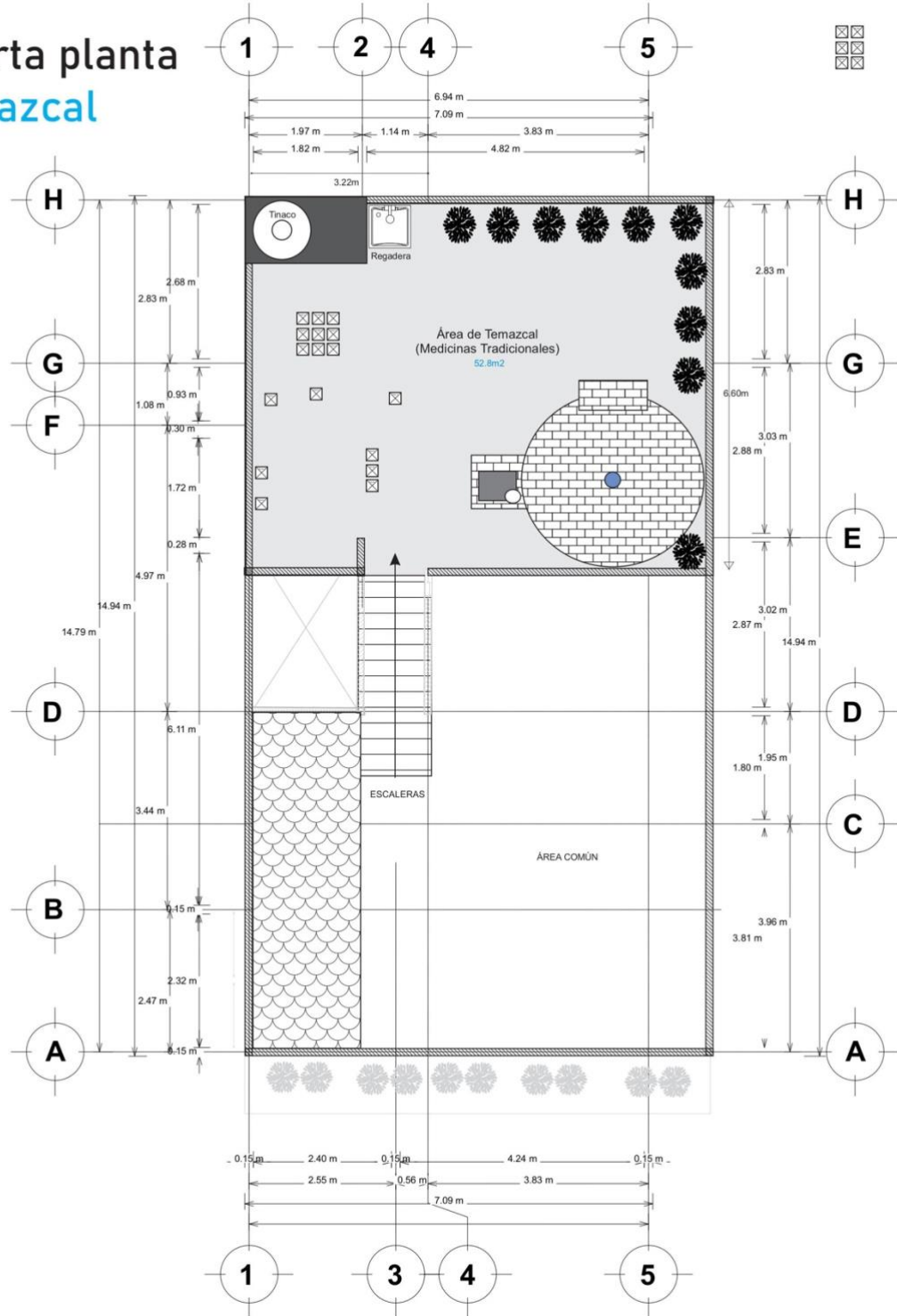
Segunda planta



Tercera planta



Cuarta planta Temazcal





Mtro. Carlos Alberto Aranda Téllez



Universidad Iberoamericana

Ciudad de México

Septiembre 2021