



# Los caminos para parir en México en el siglo XXI

Experiencias de investigación,  
vinculación, formación  
y comunicación

Graciela Freyermuth, coordinadora

#### 618.4

#### C127c

Freyermuth, Graciela, Vega, Marisol, Tinoco, Aline, Gil, Gabriela (2018)  
Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación,  
vinculación, formación y comunicación. Ciudad de México : Centro de Investiga-  
ciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2018  
375 pp.: il., cuadros, fotografías, mapas. Incluye referencias bibliográficas

1. Parto – México 2. Partería – México 3. Parteras tradicionales – México 4.  
Salud reproductiva – México I. Freyermuth Enciso, Graciela, coord., rev. ed. II. Lira  
Guevara, Brenda, rev. ed.

*La presente publicación cuenta con una lectura avalada por el Comité  
Editorial del CIESAS, que garantiza su calidad y pertinencia. La responsable  
técnica de esta publicación fue María Graciela Freyermuth Enciso.*

**Primera edición:** julio, 2018

**Coordinación:** María Graciela Freyermuth Enciso

**Revisión editorial:** María Graciela Freyermuth Enciso, Brenda Izuedth Lira Guevara

**Corrección de estilo:** Ana Block

**Formación:** Julieta Abeyta Torres

**Elaboración de gráficos:** Julieta Abeyta Torres

**Diseño:** Miguel Venegas Geffroy y Julieta Abeyta Torres

**Fotografía de portada:** Cortesía CIMIGEN

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social  
Juárez 222, Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14000  
Tel. (01-55) 5487 3600

*Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investi-  
gación, vinculación, formación y comunicación* by CIESAS / ACAS A. C. is

licensed under a Licencia de Creative Commons

ISBN: 978-607-96775-8-9 (ACAS A. C.)

ISBN: 978-607-486-463-2 (CIESAS)

Reconocimiento-CompartirIgual 2.5 México

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social  
Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.



Los derechos de propiedad intelectual sobre los textos  
que se reproducen en este volumen pertenecen a sus autores.

Impreso en México / *Printed in Mexico*

**Los caminos para parir  
en México en el siglo XXI**  
Experiencias de investigación,  
vinculación, formación  
y comunicación



# Índice

## Presentación

- La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas 10  
*Graciela Freyermuth Enciso*

## 1 Investigación

- La partería en la investigación 22  
*Graciela Freyermuth Enciso*
- 1.1 De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945 26  
*Ana Cristina Rosado Medina*
- 1.2 Salud materna: retos y oportunidades en el acceso a una atención de calidad. El papel de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas 32  
*Marisol Vega Macedo, Aline Tinoco Marquina*
- 1.3 Partería entre las mujeres rarámuri y wixaritari 40  
*Gabriela Gil Veloz*
- 1.4 El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño 48  
*Alba Rocío Ramírez Pérez*
- 1.5 El “bebé encajado”: la concepción del dolor como experiencia sociocultural y en la elección de la trayectoria terapéutica entre las mujeres mayas yucatecas 56  
*Viaani Coral Mendoza López*

1.6	Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional	64
	<i>Gloria de los Ángeles Uicab Pool, Mercedes Juárez</i>	
1.7	“No quiero ir al hospital, tengo miedo”. Razones del rechazo a la atención hospitalaria en mujeres indígenas del oriente yucateco	74
	<i>Aracelly María Pereira Patrón</i>	
1.8	La voz del personal y las usuarias de los servicios de salud: percepción y conocimiento sobre la partería profesional	80
	<i>Sandra Treviño Siller, Dolores González Hernández, Jimena Fritz, Anabel Rojas, Pablo Martínez Garrido, Marisela Olvera García, Delia Flores Pimentel, Alejandra Montoya Rodríguez, Pablo Montero, Viridiana Gómez, Héctor Lamadrid Figueroa, Instituto Nacional de Salud Pública</i>	

## 2 Vinculación

	El marco normativo legal en la atención del parto en México	88
	<i>Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees, Paola Sesia</i>	
2.1	¿Modelo de atención del parto con pertinencia cultural? El papel de las parteras tradicionales	92
	<i>Ollinca Villanueva Hernández, Graciela Freyermuth Enciso</i>	
2.2	La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería	98
	<i>Dunia Verona Campos Rodríguez, Cristina Alonso Lord</i>	
2.3	Participación comunitaria en la atención de la salud. Grupo de parteras tradicionales de Carmen Yalchuch, Chiapas	108
	<i>Cecilia Guadalupe Acero Vidal, Irazú Gómez García, Herlinda Pérez Ara</i>	
2.4	Propuesta para la inclusión de las parteras tradicionales en el primer nivel de atención: el caso de Atoyac de Álvarez, Guerrero	116
	<i>Lizeth Nayeli Rodríguez Flores, Susana Oviedo Bautista</i>	
2.5	La partería en el modelo intercultural de salud. El caso de la sierra Norte de Puebla	124
	<i>Cynthia Marilui Martínez Villarruel</i>	

2.6	Filosofía y principios de los modelos de atención de la partería profesional. Panorama internacional <i>Cristina Alonso Lord, Lorena Ibargüen Tinley</i>	132
2.7	Riesgo o aliento: la experiencia de una Casa de Partos. Una mirada a las maneras en que las mujeres de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, negocian la atención prenatal y del parto <i>Jenna Murray de López, Cristina Alonso Lord</i>	140
2.8	Construcción de una red nacional de líderes para incorporar los servicios de partería profesional en los establecimientos de salud públicos <i>David Meléndez Navarro, Alma Ochoa Moctezuma, Emma Reyes Rosas</i>	148
2.9	Programa de salud materna <i>Compañeros en Salud</i> : integración de prácticas en el sector público <i>Mariana Yulian Montaña Sosa, Andrea Reyes Gutiérrez</i>	158
2.10	Evidencias sobre la partería. Tareas compartidas para la atención de la salud materna y neonatal. La salud sexual y reproductiva <i>Gynuity Health Projects</i>	166
2.11	Consulta prenatal en grupo en el primer nivel de atención: aportes para la continuidad y la calidad de la atención; el papel de la partera profesional <i>Jacqueline Alcalde, Zafiro Andrade Romo, Evelyn Fuentes Rivera, Míriam Santivañez, Laurie Jurkiewicz, Blair Darney, Instituto Nacional de Salud Pública, Assistant Clinical Professor, UCSF/SFGH Department of ObGyn &amp; Reproductive Sciences</i>	174
2.12	La legislación de la atención de la salud materna en México, ¿protege el ejercicio de la partería? <i>Georgina Sánchez Ramírez</i>	182

### 3 Formación

	La formación en partería en México <i>Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees, Paola Sesia</i>	190
3.1	Percepción de los cambios producidos por la enseñanza de parteras tradicionales experimentadas de Xochistlahuaca, Guerrero <i>Sergio Paredes Solís, Abraham de Jesús García, Geovani Valtierra Gil, David Gasga Salinas, José Legorreta Soberanis,</i>	194

**Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales,  
Universidad Autónoma de Guerrero**

- 3.2 Casa de la Partera, 15 años en Chiapas 204  
*Carmelita Herrera Torres, José Francisco Hernández Ruiz,  
Juan Sántiz Girón*
- 3.3 La capacitación en partería y su incidencia en la calidad  
de la atención. Experiencias de éxito en San Luis Potosí 214  
*Erika Velázquez Gutiérrez, María del Socorro Segovia Leyva,  
Alma Leticia Corpus Martínez, Azalia Donahí Enríquez  
García, Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis  
Potosí*
- 3.4 Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su  
participación en la formación de parteras profesionales 222  
*Sebastiana Vázquez Gómez, Norma Erika López Morales,  
Teresa Moshan Cosh, Sakil Nichim Antsetik, A. C.*
- 3.5 Formación de parteras en México 232  
*Francisco Garrido, Ilian Blanco, Adriana Granados,  
Dayana Pineda, Rafael Lozano, Instituto Nacional de  
Salud Pública/ Centro de Investigación en Sistemas  
de Salud*
- 3.6 La partería desde la experiencia de la enfermería  
perinatal en el Centro de Investigación Materno  
Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento y  
su contribución al sistema de salud 238  
**CIMIGEN**
- 3.7 Transitar hacia la certificación: caminos,  
obstáculos y nuevos interrogantes. La experiencia  
de la Escuela Técnica de Partería Profesional de  
Mujeres Aliadas, A. C. 246  
*Bianca Vargas Escamilla, Ondine Rosenthal Sievers*
- 3.8 Propuesta de una Licenciatura en Partería y  
Obstetricia UNICH-CISC 254  
*Mariana Fernández Guerrero, Imelda Martínez Hernández,  
Rolando Tinoco Ojanguren*
- 3.9 Las parteras como líderes sociales 262  
*Nancy Salmerón, Eugenia Likar, Instituto de Liderazgo  
Simone de Beauvoir*

#### **4 Comunicación**

- La comunicación importa desde antes de nacer 268  
*Brenda Izuedth Lira Guevara*



4.1	Parteras de Hoy: una campaña sobre la partería en México	276
	<i>Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE</i>	
4.2	Parto seguro y de confianza. Propuesta de una campaña de comunicación y educación para las usuarias de los servicios públicos de salud	282
	<i>Brenda Izuedth Lira Guevara, Graciela Freyermuth Enciso</i>	
4.3	La voz de las parteras. El compartir sabiduría a través de la radio, en Chiapas	292
	<i>Carmelita Herrera Torres, José Francisco Hernández Ruiz, Juan Sántiz Girón</i>	
	<b>Epílogo</b>	301
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
	<b>Cierre de la reunión anual de donatarias, Fundación MacArthur</b>	307
	<i>Sharon Bissell</i>	
	<b>Bibliografía</b>	311
	<b>Bases de datos y otras fuentes</b>	347
	<b>Grupos focales</b>	349
	<b>Reseña de autores</b>	351
	<b>Reseña de organizaciones</b>	365
	<b>Siglas y acrónimos</b>	367
	<b>Agradecimientos</b>	375

# Presentación

## La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas

*Graciela Freyermuth Enciso*



En esta presentación interesa dar una mirada rápida al devenir de la partería, de ser un campo exclusivo de las mujeres a ser un terreno propio de la medicina. Este desplazamiento es el telón de fondo de la presentación de 36 artículos sobre la partería en México.

La partería ha sido históricamente una ocupación de las mujeres. La Biblia y los evangelios apócrifos hacen referencias textuales del papel de las parteras en el acompañamiento durante los partos y los casos complicados (García y García, 1999; Conde, 2011). En Egipto y Grecia, el papel de las mujeres como profesionales de la salud materna era ampliamente reconocido. Tanto el médico como la partera eran profesionistas libres, aunque las últimas eran las encargadas de la atención del parto, de la que los hombres estaban relegados.

En Roma era el Senado el que nombraba a las “parteras aprobadas en su oficio”, y según Fernando Conde, el parto y los aspectos reproductivos en general se adscribían a la esfera de lo natural, lo femenino, lo doméstico, lo privado, es decir, fuera del dominio de lo público, tradicionalmente masculino (Conde, 2011:17). De acuerdo con este autor, las comadronas tuvieron acceso a las escuelas médicas entre los años 98 y 113 d.C. En la Edad Media se dio un retroceso generalizado en la medicina. La Iglesia Católica controló la política y rechazó el saber científico. Las mujeres que se dedicaron a la partería lo hicieron gracias al conocimiento que se siguió transmitiendo de una generación a otra, pues fueron prácticamente excluidas de la enseñanza formal (Conde, 2011).

Un elemento importante en el devenir de la partería fue la práctica de la cesárea en mujeres muertas, que se popularizó por razones religiosas a finales del siglo XIII y principios del XIV. Esto permitía bautizar al nonato y sepultar a la madre en tierra consagrada, ya que, según Park, persistía la idea –cuando menos en algunas regiones de Europa del norte– de que el feto no bautizado (y por lo tanto no cristiano) debía ser extraído de la madre (Park, 2008). Se cuenta con documentos de este periodo en que se reconoce a las parteras como las encargadas de atender a la embarazada y al recién nacido, y se tienen referencias legales del ejercicio libre de la partería en el siglo XV (García y García, 1999:247; Conde, 2011). A partir de este siglo se consideró importante bautizar a los recién nacidos en peligro de muerte, es decir, a aquellos cuyas madres

presentaran un parto difícil; por tanto, las parteras tuvieron a su cargo también la función de bautizar a estos niños.

En la América española y las Filipinas, la extracción del feto en un fallecimiento por causas maternas fue oficializada en 1804, luego de la emisión de una cédula real, por el rey Carlos IV, “ordenando a las autoridades civiles y religiosas asegurarse de que ninguna mujer embarazada fuera enterrada a menos que se le realizara una cesárea postmortem, a fin de que los fetos con vida recibieran el bautismo (que la iglesia Católica Romana consideraba un requisito indispensable para la salvación) antes de ser enterrados dentro de sus madres” (Rigau, 1995). La cédula real establecía que si no se disponía rápidamente de un cirujano, “la operación sería realizada por cualquier persona, siguiendo las instrucciones contenidas en la cédula (escritas por profesores del Colegio de Cirugía de Madrid)” (Rigau, 1995).

En los siglos xiv y xv, la cirugía y la medicina no tuvieron el mismo estatus; el ejercicio tanto de la partería como de la cirugía fueron limitados en el Protomedicato.<sup>1</sup> En el siglo xvi se dieron los primeros debates —entre François Rousset y Ambroise Paré— sobre la operación cesárea en mujeres vivas (Uribe, 2007; Rousset, 2010); fue entonces cuando la cirugía adquirió prestigio (Alfaro y otros, 2006; Uribe, 2007). No es de extrañar, por lo tanto, que en el siglo xvii se autorizara a los cirujanos a asistir los partos normales (Conde, 2011) y comenzara la disputa del campo obstétrico entre parteras y médicos. Aunque la cesárea no se popularizó sino hasta el siglo xix, con el descubrimiento del éter y el cloroformo como anestésicos.

Helen Woollock y sus colaboradores afirman que el uso del cloroformo es uno de los elementos que llevaron a los hombres a invadir el campo de la partería, tradicionalmente dominado por las parteras. La superación del dolor con este anestésico alteró la percepción tradicional, ofreció a las mujeres una medida sin precedente de control sobre la maternidad, y cambió la cara de la partería. La creciente dependencia de la droga significó aceptar el parto como un evento médico que requería interven-

◀ *Primer encuentro con parteras tradicionales de la región*, Compañeros en salud, 10 de marzo, 2017, Ángel Albino Corzo, Chiapas.

<sup>1</sup> El Protomedicato estaba constituido por un grupo de personas encargadas de normar y vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias. También se encargaban de la formación de estos profesionales (véase Álvarez y otros, 1960).

ción profesional (Woolock y otros, 1997). Las dificultades que durante el siglo XIX se tuvieron con la sobrevivencia de las mujeres que se sometían a este procedimiento determinó que hasta el siglo XX, con los adelantos en la técnica de la cesárea, el control de las hemorragias, la asepsia y antisepsia, el mejoramiento de los insumos y técnicas en la anestesia, las transfusiones sanguíneas y el uso de los antibióticos y analgésicos, este campo fuera copado por los médicos.

En México, es posible que el ingreso de mujeres a las cátedras de obstetricia en medicina se haya dado desde el siglo XVIII –en 1760– con la cátedra de Cirugía iniciada por don José García, que incluía un tema de ginecobstetricia. En esa época, las parteras –al igual que los médicos– debían estudiar con un médico aprobado (Carrillo, 1999). En 1792 se fundó en Guadalajara, México, en el Hospital de San Miguel de Belén, la cátedra de obstetricia, en la que se incluyó a las mujeres parteras (Díaz y Oropeza, 2007).

La literatura ubica en 1833 la incorporación de las primeras parteras profesionales (Alfaro y otros, 2006), en las escuelas de medicina, específicamente en los cursos de obstetricia (Álvarez y otros, 1960:208). Aunque en 1834 se incluía a las parteras en el Protomedicato como parte de los prestadores de servicios de salud, es cierto que eran consideradas curanderas tradicionales y señaladas como “azote del género humano”. El gremio médico las perseguía y demandaba que las autoridades sanitarias se encargaran de asegurar que estas parteras contaran con un título para poder ejercer (lo que ilustra la rivalidad entre médicos y curanderos). El embate médico en contra de curanderos y parteras presionó para lograr su inclusión en las cátedras de medicina a fin de profesionalizarlas. Para el ingreso se requería solamente haber cursado la primaria; el analfabetismo en esa época era elevado entre las mujeres en general, y entre las parteras en particular (Díaz y Oropeza, 2007). El Censo de 1885 reporta que 85 por ciento de las mujeres adultas no sabía leer ni escribir (DGE, 1895).

## Consolidación y extinción de la partería profesional en México

En el México independiente, con la creación de la Dirección de Enseñanza Superior y el establecimiento de Ciencias (1833), se unieron los estudios médicos y quirúrgicos, incluyendo el de la partería (Pérez y Castañeda, 2012). Al parecer, a los cursos destinados a las parteras solamente podían acudir mujeres<sup>2</sup> y no se requerían estudios preparatorios.<sup>3</sup> Las clases se compartirían con los médicos, aunque el periodo de capacitación era mayor para las parteras, quienes eran sometidas a varios exámenes anuales –como señala Carrillo– y muchas reprobaban (Carrillo, 1999). Esto se atribuía a la ausencia de estudios de secundaria, que se incluyeron en 1933, como un antecedente obligatorio de la carrera (Pérez y Castañeda, 2012).

Las maternidades habían estado en manos de las religiosas y la partería era atendida solo por mujeres. Con la salida de las órdenes religiosas del país, a finales del siglo XIX, la enfermería y la partería se reposicionaron, a raíz del predominio del Estado en la procuración de los servicios de salud; la enfermería se transforma en un elemento importante de las nuevas formas de atención (Torres-Barreda y Zambrano-Lizárraga; 2010; Torres y Sanfilippo y Borrás, 2016). En el siglo XX, la partería profesional formaba parte oficialmente de la atención de la maternidad, aunque de manera accidentada. En 1929, el Dr. Ignacio Chávez sometió a aprobación un proyecto para formar el servicio de higiene infantil y recomendó incluir la enseñanza de pluricultura natal a los alumnos de medicina y a las de partería. A principios del siglo XX, la formación de las parteras se expandió a otros estados de la República (Carrillo, 1999). Es importante señalar que en 1930, 64 por ciento de las mujeres adultas no sabía leer ni escribir (DEN, 1930); es posible, por tanto, que las parteras profesionales fueran una élite. A pesar de su presencia en las universidades y en las instituciones de salud, en el transcurso del siglo XX las parte-

<sup>2</sup> AHFM, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, legajo 174 expediente 4 (1908), foja 123.

<sup>3</sup> AHFM, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, proyectos de estudios para la profesión de partera, legajo 192, expediente 1, (1 de abril de 1893), foja 217.

ras y sus prácticas desaparecieron paulatinamente. Así, la atención prenatal pasó a la consulta del médico y la atención del parto en el hogar, al ámbito hospitalario (Alfaro y otros, 2006). Esto estuvo relacionado con una nueva forma de educación médica que se caracterizó por una práctica especializada, fragmentada en órganos y aparatos, fundamentada en las ciencias básicas, y con el hospital como ámbito de acción de la formación médica (Vicedo, 2002; Patiño, 2007).

El informe Flexner marcó la forma de hacer medicina. En la década de 1940, la práctica médica hospitalaria se impulsó como la manera predominante de prestar servicios. Fue entonces cuando se fundaron los institutos de especialidades: el Hospital Infantil de México, en 1943; el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946, y también en 1943, las dos instituciones de atención de la salud más importantes del país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud (SSA) (Frenk y otros, 1980). En la década de los treinta, los médicos recién egresados se adscribían a un hospital a fin de recibir su formación mediante la práctica médica especializada e ingresar a los hospitales, después de algunos años, como planta regular. En 1942 se inicia en el Hospital General la organización formal de las residencias y las especialidades médicas. El periodo de expansión y consolidación de las residencias, y particularmente de la especialidad de ginecobstetricia, coincide con el declive de la partería profesional. El IMSS fue la primera institución que incluyó a la partera como personal regular de atención obstétrica, y su contratación se congeló en 1960; sus funciones pasaron de la atención del parto a la asistencia de los médicos (Pérez y Castañeda, 2012). En los inicios de la formación intrahospitalaria, las parteras fueron fundamentales en la educación de los médicos.

Esta paulatina extinción de la partería profesional se comprende a la luz del desarrollo de la profesión médica. Si en 1954 cuatro internos hacían sus prácticas en el IMSS, para 1958 eran 47. En 1959, junto con la expansión hospitalaria del país, se da a conocer el programa de formación de los médicos residentes. Esto posibilitó contratar personal calificado que estuviera disponible las 24 horas del día por una mínima remuneración (CNIR, 1959). Así, mientras que en 1956 se reconocía un déficit de

médicos, en 1976 había una sobreoferta de especialistas. En este contexto, las parteras profesionales compitieron, a lo largo de la primera mitad del siglo xx, por los campos clínicos que fueron destinados paulatinamente a los internos de pregrado y de posgrado y a los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia. Los médicos en formación desplazaron, así, a la partería profesional en los hospitales, ya que prestaban sus servicios en las maternidades de las instituciones públicas de manera permanente y a un costo muy bajo.

Podemos reconocer, entonces, que hasta el siglo xix la partería fue una práctica exclusiva de las mujeres, en sus diversas variantes, tales como la partería asociada a las escuelas de medicina, la partería profesional de elite y la basada en el conocimiento popular, la partería empírica y la tradicional. También podemos reconocer que la introducción de la cirugía obstétrica y la medicalización del parto abrieron las puertas de esta profesión a los médicos varones, quienes desde el siglo xix promovieron la exclusión de las parteras profesionales o empíricas. El cambio de paradigma de la atención médica familiar, en su modalidad domiciliaria, a la de especialidad en los hospitales hizo masiva la formación médica y posibilitó el cuidado profesional a bajo costo a través de los internos y residentes disponibles durante las 24 horas de los 365 días del año. Esto determinó la exclusión de las parteras técnicas en México durante el siglo xx y –como señalan Torres y Zambrano– el gradual fortalecimiento de la enfermería como una profesión de apoyo al gremio médico (Torres-Barreda y Zambrano-Lizárraga, 2010).

## **La persistencia de la partería llamada tradicional**

La Constitución de 1917 abrió una perspectiva diferente de lo que sería la salubridad. Su artículo 73 declara que los poderes nacionales son responsables de la salubridad general de la República. Se crea el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, y se establecen –en el artículo 123– las bases de la seguridad social de los trabajadores. El interés de la Federación en los programas médico-sa-



nitarios en las áreas rurales se materializa en 1928, con el ‘Plan de Coordinación de los Servicios Sanitarios en la República’ (Bustamante, 1984). Los principales problemas de salud eran las epidemias de fiebre amarilla, difteria, tifo, viruela y tuberculosis. Por ello, la higiene tuvo un importante papel en este periodo, para asegurar el agua potable, la instalación de letrinas y el manejo de la basura. La salud materna no es considerada un aspecto prioritario (Álvarez y otros, 1960).

Conjuntamente con el impulso de los servicios rurales se instauró, en 1936, el servicio social para los médicos como requisito obligatorio para la obtención del título profesional. Estos servicios se encargaban, además, del adiestramiento en obstetricia, y el *control* de las parteras tradicionales (Álvarez y otros, 1960). La Ley de población de 1936 señalaba como una necesidad el aumento de la población, que el estado debía impulsar mediante la repatriación, la inmigración y el crecimiento natural. Por tanto, la atención materna adquirió centralidad. Durante la presidencia de Lázaro Cárdenas se crearon los servicios sanitarios rurales, que incluyeron el proyecto piloto de la Comarca Lagunera (Álvarez y otros, 1960:374). En este se señalaba que la atención materna estaba a cargo de médicos con capacitación técnica, y se nutría de una filosofía que impulsaba la atención integral materna e infantil. Esta incluía la capacitación y el control de las denominadas parteras empíricas.

El “adiestramiento y control de las parteras” respondía a que las complicaciones y las muertes maternas se asociaban a lo que el gremio médico denominaba “las prácticas nocivas de las parteras”. Se estimaba que 85 por ciento de los partos era atendido regularmente por parteras empíricas y, en general, los habitantes acudían limitadamente a los servicios médicos locales. Los cursos se impartían por diez meses y se privilegiaba la formación de mujeres con la educación secundaria terminada. Se creó, además, un centro piloto de *adiestramiento* apoyado por la Organización Panamericana de la Salud. El objetivo último de este programa fue convertir a las parteras empíricas en auxiliares de salud con capacidad para canalizar los partos complicados (SSA/UNICEF, 1986).

Aunque había mucha resistencia del gremio médico para aceptar la partería tradicional como parte del sistema de salud, las condiciones de la prestación de servicios en el país y los recursos humanos especializa-

dos no eran suficientes para cubrir a la población rural. Las parteras profesionales se ubicaron fundamentalmente en las ciudades. Como ya se señaló, el nuevo modelo de formación médica configuró un tipo de médico que aspiraba a tener un desarrollo profesional especializado, y la práctica médica hospitalaria era sinónimo de prestigio. Así, la formación universitaria no abonaba la práctica de los médicos en las zonas rurales del país.

El interés en la interrelación de médicos y parteras tradicionales se deriva de la incapacidad estructural del sistema de salud para prestar atención materna a las mujeres, sobre todo en las áreas rurales. Esto se hizo evidente después de la Estrategia de Atención Primaria, dirigida a lograr la “salud para todos en el año 2000”. El papel de la medicina tradicional en la atención obstétrica era evidente, en particular el de las parteras, ya que de acuerdo con los programas de capacitación que se impulsaron a finales de la década de los setenta y en los ochenta, la atención del parto por la partera seguía siendo de más de 80 por ciento (llegando a 92 por ciento), según la región del país. Por otro lado, cuando había servicios médicos disponibles, estos eran rechazados por la población, y aunque el programa de interrelación con parteras era una política del sector salud, enfrentó el rechazo del personal médico (SSA/UNICEF, 1986).

En la década de los setenta, la política poblacional pronatalista se transformó en antinatalista, pues la disminución de la natalidad era entonces prioritaria. Los programas dirigidos a las parteras buscaban que estas se hicieran cargo del Programa de Planificación Familiar. El programa de *adiestramiento* e incorporación de las parteras empíricas se formalizó a partir de dos acontecimientos: la emisión del decreto que autorizó el ejercicio de la partería empírica y su asistencia a los programas de capacitación (DOF, 1976), y la creación de la *Ley general de población*, que proveyó la base jurídica para la instrumentalización de una nueva política demográfica. Con este programa, las parteras adquirieron centralidad. Entre 1973 y 1976 se capacitó a 15 000 parteras con este fin (OPS, 1984). El programa recibió una buena cantidad de fondos, y financió la capacitación de las parteras denominadas empíricas o tradicionales para influir, así, en la política demográfica en las áreas rurales.

En esta misma década, México sufrió una severa crisis fiscal que limitó el gasto social, y particularmente el gasto en salud, de modo que se consideró la viabilidad de incluir la medicina tradicional para *otorgar* atención a los grupos marginados del país (Menéndez, 1983). Esto conllevó la revitalización de los sistemas locales de salud; desde este paradigma, organismos como el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, el IMSS, la SSA y el Instituto Nacional Indigenista (INI) impulsaron una política totalmente diferente, que reconocía el liderazgo de los médicos indígenas en sus comunidades y buscaba fortalecer lo que se denominó “el sistema médico indígena”, que incluía a las parteras (SSA/UNICEF, 1986; Lozoya y Zolla, 1986; Freyermuth 1993). A finales de la década de los ochenta se estimaba que alrededor de 700 000 partos eran atendidos anualmente por parteras tradicionales, 44.5 por ciento en áreas rurales y 19 por ciento en áreas urbanas. Había más de 23 000 parteras registradas, de las cuales 75 por ciento había sido capacitado; se calculaba que eso permitiría la disminución de más de 500 muertes maternas anuales (OPS/OMS, 1994). Los programas de interrelación abrieron distintas perspectivas en la relación con las parteras rurales, hasta tal punto que el programa del entonces IMSS-Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) las incluyó entre los prestadores de servicios de salud y se instauró un manual de *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales*. En este documento se reconocían las dificultades de los médicos adscritos a la institución para aceptar a las parteras (IMSS/Coplamar, 1988).

En la década de los noventa se impulsaron los Programas de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), y posteriormente el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que promovieron servicios básicos de salud para la población de alta y muy alta marginación, ubicada en asentamientos humanos de difícil acceso, a fin de resolver los problemas locales de salud y contribuir a la descentralización de los servicios (SSA, 1996). Estos programas incluían un paquete básico que privilegiaba la atención prenatal con 14 acciones. Su presupuesto incluyó apoyo para la capacitación integral de las parteras tradicionales, e insumos para su trabajo (Castañeda, 1999; Freyermuth y De la Torre, 2002).

## Hacia el siglo XXI

El panorama nacional se transforma en el siglo XXI. Desde su primera década, se aplica una política de institucionalización hospitalaria del parto que responde a la tendencia internacional de atender el parto por personal profesional, lo que excluye a las parteras tradicionales. El Estado promueve la afiliación a un seguro médico (Seguro Popular) que pretende cubrir la atención materna de la población rural. Si bien se logró disminuir la mortalidad materna, los servicios públicos que se otorgan son insatisfactorios para las mujeres, quienes frecuentemente los aceptan para no perder su derecho a participar en los programas sociales. El único resquicio para la integración de las parteras tradicionales es como prestadoras de una atención culturalmente competente del parto, o como articuladoras de las mujeres renuentes a aceptar la atención institucional.

Este libro recoge la experiencia en investigación, formación, vinculación y comunicación en torno a las principales protagonistas de la partería en México en el siglo XXI. Da cuenta de las nuevas incursiones de la partería profesional en un contexto internacional favorable que desde la primera década el siglo XXI posibilita su revitalización y aborda la vigencia de la partería denominada tradicional, que persiste a pesar de los embates que sufrió en el siglo XX y las nuevas políticas adoptadas en el siglo XXI. El libro está organizado en cuatro apartados: el primero, de investigación, abre con un artículo sobre el discurso médico en México entre 1931 y 1945, que nos permite adentrarnos, mediante el análisis de documentos judiciales, en un periodo en que la partería profesional formaba parte del sistema de salud. En este apartado se incluyen cuatro artículos sobre los resultados del proyecto de investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, que permiten reconocer la toma de decisiones de las mujeres que optan por una atención materna no institucional. Se incluyen también dos textos que recogen, en el ámbito rural y hospitalario, las respuestas a las iniciativas para integrar una nueva forma de atención de la salud materna.

El tema de la vinculación corresponde al segundo apartado, que permite al lector reconocer los marcos normativos y las formas que están

tomando los distintos modelos de atención del parto, desde la vinculación de la partería profesional con la tradicional, y de esta con la atención institucionalizada del parto, hasta las prácticas que posibilitan la vinculación de estos dos modelos de partería con el sistema de salud, o la inclusión de la partería profesional en la práctica médica institucional. La formación de las parteras se aborda en el tercer capítulo, que da cuenta de los avances y obstáculos que han tenido los diversos programas de formación de la partería profesional y la enfermería perinatal. Se reúnen también diversas experiencias de formación de la partera tradicional, a la que se reconoce como una prestadora de servicios fundamental para la atención de la salud materna. El tema de la comunicación se desarrolla en el cuarto capítulo, así como la importancia de la difusión en las prácticas sobre la atención, y en la necesaria refundación del nuevo movimiento de partería. En este libro incluimos las experiencias de comunicación de ambos tipos de partería: la tradicional, mediante un programa de radio dirigido por parteras, y la profesional, a través de la Campaña Parteras de Hoy, que difunde las renovadas formas de atención en donde la mujer y su familia son las protagonistas del nacimiento. También se incluyen nuevas propuestas de comunicación que permitan el ejercicio de los derechos de las mujeres que tienen como única alternativa los servicios públicos de salud.

# 1 Investigación

## La partería en la investigación

*Graciela Freyermuth Enciso*



A propósito de la salud materna, la investigación puede definirse como un proceso de observación, recopilación, análisis e interpretación sistemática, cuyo objeto es contribuir a su mejora. La investigación en salud puede ser básica, es decir, estar encaminada a ampliar un campo particular del conocimiento, o aplicada, cuando su interés es proponer acciones que incrementen la calidad de la atención.

Un proyecto de investigación en salud se lleva a cabo cuando se presenta un problema que no ha sido suficientemente abordado, se tiene una pregunta nueva, o se quiere profundizar en la distribución y los determinantes de la enfermedad. Diferentes actores pueden hacer investigaciones en este campo, como los prestadores de servicios, los integrantes de las organizaciones no gubernamentales, los tomadores de decisiones o los académicos. La investigación en salud materna ha estado estrechamente vinculada a las políticas internacionales al respecto. En México, después de la Declaración de Alma-Ata,<sup>1</sup> en las décadas de los setenta y los ochenta, las preocupaciones se centraron en los sistemas locales de salud, los médicos llamados tradicionales, y la investigación, en la partería tradicional (Lozoya y Zolla, 1986). Desde un nuevo paradigma demográfico (el control de la natalidad), la planificación familiar fue objeto de estudios de diagnóstico con una perspectiva cualitativa.

En los noventa se consolidaron, así, las investigaciones sobre salud desde una perspectiva antropológica. El impulso que tuvieron las resoluciones de la *Cuarta Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* de El Cairo (ONU, 1994), y la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, de Beijing (ONU, 1995), en materia de salud sexual y reproductiva, los derechos de las mujeres y la calidad de la atención, se pueden reconocer en algunas de sus conclusiones:

- Las mujeres tienen poco poder y escasas posibilidades de tomar decisiones en ciertos contextos culturales.

<sup>1</sup> La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata fue organizada por la OMS/OPS y la UNICEF, en septiembre de 1978. La Declaración de Alma-Ata resume su propósito y destaca la importancia de la atención primaria de la salud como estrategia para mejorar la salud pública. Su lema fue “Salud para todos en el año 2000”.

- La mayoría de los casos de mortalidad materna se deben a la falta de servicios obstétricos de emergencia y a abortos mal practicados.
- Los indicadores de éxito de los programas se centran más en evaluaciones cuantitativas que en la evaluación del bienestar de las mujeres y sus familias.

Dicho impulso se reconoce también en sus recomendaciones:

- Promover acciones que para el año 2000 reduzcan a la mitad los índices de morbilidad y mortalidad materna de 1990 y nuevamente a la mitad para 2015, y abatir, así, las disparidades entre las regiones geográficas, los países y los grupos étnicos.
- Promover el acceso universal a servicios de salud aceptables para todas las usuarias, asegurando la cobertura, la utilización y la calidad de los servicios de salud reproductiva.
- Mejorar la calidad y el alcance de la información básica, tanto en los datos esenciales sobre natalidad y mortalidad, como de la desglosada por género y etnia.

Estas declaraciones dieron lugar a numerosos estudios demográficos, sociológicos y antropológicos sobre la salud y las prácticas reproductivas (González Montes, 1995; Stern y Echarri, 2000; Stern y Figueroa, 2001), e impulsaron programas que fortalecieran la condición de las mujeres no solo en la salud, sino en el acceso a los beneficios de los programas en marcha. La firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el siglo XXI renovó el interés en la disminución de la mortalidad materna, lo que se tradujo en una serie de investigaciones operativas orientadas a mejorar el acceso a los servicios de emergencia obstétrica y su calidad. En la primera reunión de la iniciativa Las Mujeres Dan Vida (*Women Deliver*),<sup>2</sup> la atención calificada del parto se establece como uno de los pilares de la salud materna, y las iniciativas encaminadas a fortalecer la partería profesional adquieren preponderancia.

◀ *Abraham de Jesús García, médico originario de la comunidad realiza entrevista a parteras tradicionales, Sergio Paredes Solís, marzo 2009 Xochistlahuaca, Guerrero.*

<sup>2</sup> Londres, 2007.



"El estado de las parteras en el mundo" demuestra que las profesionales de la partería competentes y motivadas contribuyen a mejorar la calidad de la atención y fortalecen su continuidad (UNFPA, 2014). Es decir, demuestra la conveniencia de contar con un personal profesional especializado en la atención materna. A partir de esta premisa, se acordó, en 2013: a) *mejorar los servicios de partería en todas las regiones del mundo*; b) *generar evidencias sobre sus efectos* y c) *identificar medidas que contemplen las barreras específicas impuestas a los servicios de partería en cada país* (OPS/OMS/CPMS/UNFPA, 2014). Este informe –así como la primera reunión de Las Mujeres Dan Vida– ha impulsado la investigación y la documentación de la atención materna tanto con los viejos modelos de atención como con los nuevos. De aquí que este libro incluya resultados de investigaciones que contribuyen a la comprensión de la partería.

## 1.1 De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945

*Ana Cristina Rosado Medina*

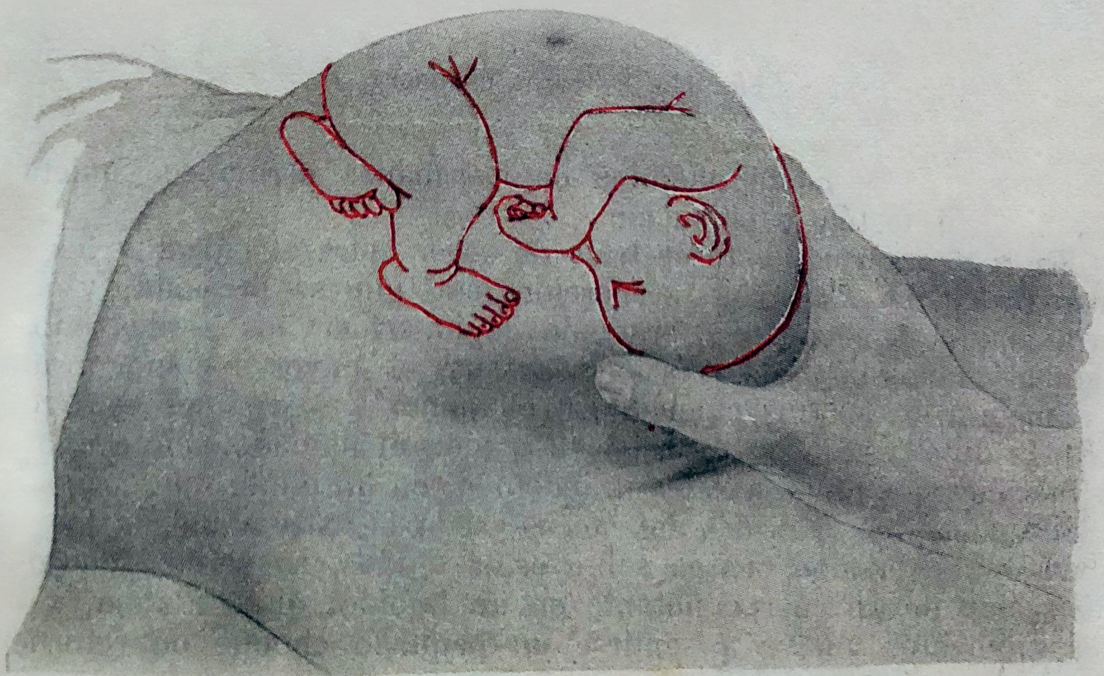


FIG. 114. — Tercera maniobra.

## Introducción

La partería comenzó a subordinarse a la ciencia médica en el siglo XIX. Hacia la década de 1930, esta práctica ya se consideraba “sospechosa”, debido a que los discursos médico y criminológico lograron consolidar la imagen de la partera como transgresora del orden penal, profesional y social.

El objetivo de este trabajo es reconocer cómo el discurso médico conceptualizó la partería como un oficio que debía supeditarse a la ciencia médica, y cómo su inserción en el Reglamento de Profesiones, en 1945, que la convirtió en una profesión regulada por el Estado, significa un punto culminante de este esfuerzo.

## Metodología

Este análisis se inscribe en el campo de la historia sociocultural y la perspectiva de género. Empleo la metodología de la historia social para estudiar a las parteras como actrices sociales, esto es, en cuanto mujeres pertenecientes a un grupo socioeconómico determinado, que pueden reconocerse por la forma en que ejercen su profesión. En este sentido, me guío por la definición de Alain Touraine—citado por Susana Sosenski—del actor social “como el sujeto que tiene la posibilidad de actuar, de transformar su medio, de resistir a la dominación y, al mismo tiempo, afirmar su particularidad” (Sosenski, 2010:17). A pesar de las diferencias de edad, de clase social y de lugar en donde prestan su servicio, las parteras tienen en común un elemento de acción social: al ejercer la partería, influyen en su entorno.

Para este trabajo se utilizaron fuentes de archivo de diversa índole. En primer lugar, tratados de medicina de la época posrevolucionaria para dilucidar el discurso médico de aquel entonces, que se encuentran en la Biblioteca Nacional de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se utilizó también el Reglamento de Profesiones, publicado en mayo de 1945 en el Diario Oficial de la Federación, que se encuentra en la Hemeroteca Miguel Lerdo de Tejada, y los Diarios de Debates del Congreso de

la Unión (Cámara de Diputados, 1943), que consulté en línea. Para reconocer la actividad de las parteras, utilicé expedientes judiciales –en los cuales son inculpadas por los delitos de responsabilidad médica, aborto o usurpación de profesión–, que se resguardan en el fondo documental del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, del Archivo General de la Nación. Así como una extensa bibliografía relativa a la partería y la historia de las instituciones de salud en México.

## La partería en el Estado posrevolucionario

En el México posrevolucionario, el Estado, en su carácter paternalista, retomó el modelo porfiriano de la familia (conformado por el padre, la madre y los hijos) y lo orientó hacia modelos específicos. Para el Estado posrevolucionario, la familia era la institución fundamental para formar ciudadanos aptos moral y físicamente, que ayudarían a lograr el bienestar social y la anhelada prosperidad del país (Bermúdez, 1955). Este bienestar social se entendía como un crecimiento integral en que prosperarían de igual manera el individuo, la sociedad y la economía (Aguilar y Meyer, 1989).

Con ese fin, el Estado impulsó una serie de políticas de salud para proteger a la familia y, por consiguiente, a todos sus integrantes. Entre estas políticas, “el Estado posrevolucionario encomendó a los eugenistas y los higienistas infantiles la tarea de reorientar la conducta de las madres” (Stern, 2002:303) en dos aspectos primordiales. El primero, limitando el ejercicio de las parteras, a quienes a lo largo de la historia las mujeres habían acudido para dar a luz, y que entonces se consideraron parte de un “pasado oscuro” asociado a la superstición y la insalubridad. En segundo lugar, los higienistas introdujeron la noción de “maternidad consciente”, con que se buscaba crear en las nuevas madres la consciencia de la responsabilidad que el Estado les había otorgado para que fueran ellas quienes velaran por la salud y la crianza de los recién nacidos. Claro está, bajo la estricta supervisión del propio Estado.

En cuanto al propósito de limitar el ejercicio de las parteras, los médicos y los higienistas consideraron que su falta de conocimientos

◀ *Tratado de obstetricia*, Sebastián Recasens Girol, México, Editorial Nacional, 1949, p. 225.

científicos aumentaba el riesgo de mortalidad infantil y de afecciones que podían ser consecuencia de procedimientos mal hechos y poco higiénicos. Se creó así la imagen de una partera criminal que –por ignorancia e imprudencia– atentaba contra los intereses del Estado: los futuros ciudadanos de la nación posrevolucionaria. Estas mujeres se fueron convirtiendo de ese modo en posibles transgresoras, y las propias madres mexicanas, en sujetos sospechosos debido a la complicidad histórica que había entre ellas y las parteras.

## La partera como actora social

Desde tiempos prehispánicos, la mujer se ha apoyado en otras mujeres para dar a luz. Se suponía que las mujeres tenían un sentimiento maternal nato, y las parteras las ayudaban en la labor del parto: “El nacimiento de un niño fue un ritual rodeado por mujeres en el cual los hombres simplemente se encontraban ausentes” (Agostoni, 2001:75). Las parteras eran, así, miembros activos de sus comunidades (Agostoni, 2001). El oficio se basaba en conocimientos heredados de generación en generación. Solía desempeñarse como una forma de conseguir el sustento, aunque había parteras que lo ejercían ocasionalmente para atender a sus parientes y amistades.

En el siglo XIX, los obstetras comenzaron a acotar la actividad de las parteras para adentrarse ellos mismos en el espacio del alumbramiento. El discurso oficial introdujo en el ámbito público patrones de comportamiento del entorno privado, en que la mujer se subordinaba al hombre. De este modo, las parteras se supeditaron a los obstetras, en su mayoría varones, quienes contaban –según se creía– con mejores herramientas para atender a las mujeres en la labor del parto.

La elite médica emprendió entonces una campaña de desprestigio de los saberes de las parteras, que resistió la ruptura que significó la Revolución mexicana, para prevalecer hasta nuestro periodo de estudio. Cuando los obstetras se percataron de que no era factible abolir el oficio, optaron por subordinar a las parteras e incorporarlas al gremio dándoles un certificado expedido por la Escuela de Medicina. Fue así como

los médicos empezaron a monopolizar la atención de las mujeres embarazadas.

Para la década de 1930, la partería era un oficio especializado supe-  
ditado a la medicina, aunque muchas mujeres seguían ejerciéndolo de  
manera empírica. Las parteras especializadas estudiaban en una insti-  
tución educativa, con profesores calificados, para adquirir los conoci-  
mientos médicos necesarios para desempeñar su trabajo “bajo la super-  
visión y el respaldo de la institución médica” (Agostoni, 2001:82). Se  
esperaba que de ese modo –con su actividad y su capacidad de decisión  
ante las urgencias institucionalmente acotadas– prestarían un mejor  
servicio, con menos riesgos. Las parteras empíricas, por su parte, conta-  
ban con saberes populares y trabajaban sin supervisión médica. Unas y  
otras se ocupaban de asistir a la madre en el parto y los cuidados del  
recién nacido. En algunos casos sus tareas se diversificaban, pues asistían  
a las mujeres con remedios para regular el ciclo menstrual, y para la  
contracepción y el aborto. Había entre las madres y las parteras una  
relación de complicidad, vigilada por la institución médica o por el  
Estado (Sosa, 2006), que se hacía evidente en transgresiones tales como  
la provocación de un aborto, o cuando la partera dañaba, por descono-  
cimiento, el organismo de la madre.

Tómese como ejemplo de tales situaciones el proceso judicial por  
homicidio y aborto por imprudencia en contra de la partera Felipa Rico,  
quien le recetó a una mujer parturienta un cocimiento de zoapatle, sin  
saber que esta hierba podía ser tóxica. La paciente murió cuatro horas  
después de haber ingerido la infusión, por lo que el agente del Ministe-  
rio Público declaró a la partera presunta responsable del deceso de la  
madre y el bebé. Sus acciones se declararon transgresiones penales –puesto  
que la mujer falleció estando bajo su cuidado– y morales –ya que por su  
ignorancia murieron la madre y el feto– (Felipa Rico Vega, homicidio y  
aborto, 1935).<sup>3</sup>

Si bien la necesidad de controlar el ejercicio de estas mujeres desde el  
ámbito médico era evidente, no había, sin embargo, una norma que exi-

<sup>3</sup> (AGN/TSJDF) “Felipa Rico Vega, homicidio y aborto (19 de mayo de 1935), caja  
2822, expediente 444898”.

giera un título profesional para ejercer la partería. Cualquier mujer podía ganarse la vida, con estudios formales o sin ellos, asistiendo a la mujer y al recién nacido en el parto y el posparto, e incluso para abortar.

Por esta razón, en 1945 se inserta el oficio de partera en el Reglamento de Profesiones, según el cual las personas que quisieran ejercer la partería debían tener un título expedido por una institución educativa autorizada para avalarlas como profesionales. Así culminó la voluntad del sector médico de subordinar la partería, que por fin tuvo eco en los legisladores mexicanos. A partir de 1945, ejercer la partería sin la certificación del Estado convertía a las parteras en delincuentes, sin importar si habían pasado la vida entera prestando sus servicios a sus comunidades.

## Conclusiones

Cuando a principios del siglo xx el Estado se interesa en la reproducción de los individuos, se hizo necesario controlar a las mujeres que acudían a las parteras. Para ello, hubo que sujetar a las propias parteras, ya fueran empíricas o certificadas, a mecanismos de control que acotaran sus actividades para prevenir la mortalidad materno-infantil. El ejercicio de la partería fue definido, así, por la cultura imperante en la época, que moldeaba a la sociedad mexicana en proceso de reconstrucción. El discurso del Estado en favor de subordinar esta práctica a la ciencia médica ilustra la superposición de los patrones de comportamiento de hombres y mujeres a los distintos ámbitos de la vida social.

Siendo mujeres en una cultura predominantemente masculina en formación, las parteras debieron subordinarse a la ciencia médica y el Estado, representado por hombres. Fuera del ámbito por ellos controlado, las parteras no podían ser sino ignorantes, inferiores y transgresoras del orden penal, social y moral. La postura del sector médico en contra de las parteras ejemplifica la batalla que se estaba librando por controlar la actividad de las mujeres; es decir, ilustra la importancia que tuvo durante la posrevolución promover y conservar patrones de comportamiento asignados por sexo. En la realidad, sin embargo, el discurso nunca se acató por completo.

## 1.2 Salud materna: retos y oportunidades en el acceso a una atención de calidad. El papel de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas

*Marisol Vega Macedo*  
*Aline Tinoco Marquina*





## Introducción

La partera tradicional<sup>4</sup> ha brindado históricamente un servicio importante para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como del recién nacido, y sigue desempeñando, en la actualidad, funciones importantes en la vida de la mujer, en particular en las regiones indígenas, debido al arraigo de sus tradiciones y a su acceso limitado a los servicios de salud. Sus prácticas se derivan de construcciones sociales, culturales y religiosas establecidas antes de la llegada de la medicina moderna, por lo que tiende a concentrarse en restablecer el equilibrio de la mujer y su hijo antes, durante y después del parto, desde una perspectiva holística de la vida (Castañeda, 1992; Sánchez, 2013; Jiménez y otros, 2008).

El análisis que aquí se presenta es resultado de entrevistas realizadas a parteras<sup>5</sup> y usuarias entre 2013 y 2015, en el marco de un programa de fortalecimiento de las capacidades de las parteras tradicionales.

## Justificación

En Chiapas hay una clara preferencia por los servicios de partería tradicional, ya sea por la calidad del trato o por ser los únicos disponibles. Solo 60.5 por ciento de los nacimientos fue atendido por los servicios del sistema de salud, cuando la media nacional es de 94.4 por ciento (INEGI, 2008; Lazcano y otros, 2013), aunque hay variaciones regionales conforme a la concentración de población indígena. En las entrevistas rea-

<sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la partera tradicional como una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, quien adquirió sus habilidades atendiendo sus propios partos o trabajando con otras parteras tradicionales. Señala que sus servicios deben incluir, sin embargo, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de la salud, incluyendo la identificación y el envío de pacientes de alto riesgo (UNFPA, 2011).

<sup>5</sup> Las entrevistas a parteras tradicionales se hicieron en el marco del Proyecto de Intervención en Supervivencia Infantil, llevado a cabo en Chiapas por la organización *Save the Children* de 2013 a 2015.

lizadas en dos municipios de los Altos de Chiapas, se encontró que más de 90 por ciento de las madres había dado a luz en casa con la ayuda de parteras tradicionales.<sup>6</sup> Esto evidencia la necesidad de asegurar la calidad de los servicios de las parteras y de la atención del parto en casa, y aspectos relacionados a dichos servicios, como la respuesta a posibles complicaciones, la vacunación temprana y el registro del nacimiento o, en su caso, de la defunción.

Por su parte, la atención hospitalaria del parto institucional, se derive o no de emergencias obstétricas, suele conllevar la práctica de cesáreas. En México se rebasan las cifras recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>7</sup> Además, aun cuando las normas nacionales proponen el alojamiento conjunto del recién nacido y la madre, esto no siempre se cumple, con lo que se excluye a los recién nacidos de los beneficios comprobados de la lactancia materna desde la primera hora de vida (Tinoco, 2013). Estos hechos llevaron a considerar la necesidad de trabajar en un proyecto de fortalecimiento de las capacidades para la atención de la supervivencia infantil con las parteras tradicionales para mejorar su trabajo en Chiapas, a fin de centrar la atención del proceso de reproducción en las personas, con apego a sus tradiciones, y contribuir a reducir los índices de mortalidad de las madres y de los recién nacidos en el estado.

## Desarrollo de la experiencia

Para las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas, las parteras tradicionales recibieron un don divino y su saber es un legado ancestral. Casi todas ellas recibieron la señal de su vocación en un sueño, atendien-

◀ *Partera capacitando a parteras en Tenejapa Chiapas*, Juan Carlos Martínez Pérez, agosto 2016, Tenejapa, Chiapas.

<sup>6</sup> Investigación cualitativa y encuesta de línea base sobre el conocimiento y las prácticas en torno a la salud materno-infantil en la región de los Altos de Chiapas, llevada a cabo de julio a septiembre de 2013 en cuatro comunidades de los municipios de San Cristóbal de Las Casas y San Juan Chamula.

<sup>7</sup> En México 45.1 por ciento de los nacimientos fue por cesárea, mientras que la OMS recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15 por ciento, e indica que cualquier cifra por arriba de 20 por ciento, sugiere una práctica innecesaria (Suárez y otros, 2013).

ron su propio parto, o heredaron una tradición familiar. La mayoría de las parteras tiene entre 20 y 30 años de experiencia y algunas hasta 50 y casi ninguna sabe leer o escribir. Suelen ser respetadas por su comunidad y las de otros municipios.

Yo lo tuve, mi primer hijo [...] lo palpaba y supe qué hacer yo solita cuando nació, así nomás, lo supe, como en sueño llegó, cómo cortar el cordón, cuándo tenía que salir placenta, todo [...] después lo vieron otras mujeres y llegaban a buscarme y sabía palpar y acomodarlo (al bebé) y les decía: todo va a estar bien, tu bebé está bien acomodado y voy a venir a verte a tu casa y cada vez voy a saber si tú y el bebé están bien.<sup>8</sup>

Los cuidados prenatales en los establecimientos de salud de primer nivel implican un seguimiento mensual. Con frecuencia, este acompañamiento también es brindado por las parteras tradicionales. Visitan a las mujeres en sus hogares, lo que les resulta más económico y conveniente, además de que hablan la misma lengua.

## Los cuidados prenatales

Las visitas de la partera comienzan entre los cuatro y los seis meses de gestación, al término del primer trimestre, que es determinante para el desarrollo adecuado del bebé. Una vez que la partera confirma el embarazo, establece un calendario de visitas, que pueden ser semanales o más frecuentes, dependiendo de la posición del bebé y el estado de salud de la madre. El objetivo es observar los movimientos del bebé e ir “guiándolo” hacia su nacimiento.

La mayoría de las parteras hacen recomendaciones a las mujeres embarazadas sobre su alimentación y para que eviten hacer tareas pesadas. Cuando la partera determina que algo no está bien, les aconseja visitar al médico, ya sea para consultarlo o para que les dé suplementos de micronutrientes. A pesar del consejo de la partera, persisten las barre-

<sup>8</sup> Partera indígena, entrevista, 2015, febrero, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

ras para acudir a los servicios de salud por la creencia de que los suplementos producen malestar, “enfrían el cuerpo”<sup>9</sup> y tienen un sabor desagradable. En realidad, desconocen sus beneficios, al igual que los de las vacunas, que temen usar por considerar que pueden causarles un aborto o la muerte del bebé.

Yo les digo a las mujeres si están pálidas o ya no comen, que vayan a la clínica a pedir sus vitaminas, sus medicinas [...] saber si van.<sup>10</sup>

## El parto y el puerperio

Cuando llegan las señales del parto, es importante que la familia de la parturienta la acompañe. Esta compañía se considera positiva, ya que la ayuda a calmarse. Una vez que nace el niño, la partera masajea el vientre de la mujer hasta que la placenta es expulsada, y cuando ya no se percibe ningún latido y se rompe el vínculo con la madre, se corta el cordón umbilical con unas tijeras limpias, y se envuelve en un trapo o en vendas.

La partera atiende las complicaciones que ocurran durante el parto. Si se presenta una hemorragia fuerte, le da infusiones a base de hierbas o *pox*.<sup>11</sup> De haber otras complicaciones, la decisión de trasladar a la mujer a los servicios de salud queda en manos de la partera y la familia. No suelen mencionarse señales o síntomas claves para referir a la mujer a los servicios de salud.

A veces cuando aún está embarazada, si es que nuestro cuerpo tiene mucho frío, entonces se mete en el temazcal para que se caliente el vientre, nazca pronto el bebé y se calme su corazón.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> La salud en la cosmovisión indígena obedece a un constante equilibrio térmico, de ahí la creencia de tener que “calentar” el vientre que está “frío” por la debilidad de la mujer.

<sup>10</sup> Partera indígena, entrevista, 2015, febrero, San Juan Chamula, Chiapas.

<sup>11</sup> El *pox* es un tipo de aguardiente de caña de producción local, indispensable en todo tipo de rituales en las comunidades indígenas de San Juan Chamula, Chiapas.

<sup>12</sup> Partera indígena, entrevista, 2015, febrero, San Juan Chamula, Chiapas.

La familia y la partera celebran el parto exitoso con una comida y *pox*. La placenta debe enterrarse en algún lugar de la casa; se cree que de no hacerlo, el bebé llorará mucho. El acompañamiento de la partera termina con dos o tres visitas después del parto para observar la recuperación de la madre.

## Cuidados del recién nacido

La atención del recién nacido culmina con el nacimiento. La mayoría de las parteras informaron no estar preparadas para atender al recién nacido si presentara alguna complicación. El éxito de su labor está en la supervivencia de la madre, no del bebé. Todas las parteras entrevistadas informaron no tener una sola muerte materna en su haber, pero sí, en cambio, de bebés (que nacieron muertos o que fallecieron en los primeros días de vida). Comentan, sin embargo, que esa responsabilidad recae en la familia. Los partos en casa tienen implicaciones importantes, como se mencionó antes, con relación a los cuidados del recién nacido y el registro del nacimiento o, en su caso, de la defunción.

Las parteras suelen atender otros problemas de salud además del embarazo, el parto y el puerperio. Son reconocidas porque construyen su saber a lo largo de años de experiencia, por los casos exitosos acumulados en su trayectoria, por la fe y por la intimidad que establecen con las mujeres y las familias (Noriega y Read, 2013; Pelcastre y otros, 2005; Sánchez, 2013).

## La vinculación con los servicios de salud

Si bien los servicios de salud han ganado terreno en la atención del embarazo, el parto y el puerperio en las comunidades indígenas, esto no significa que se haya creado una relación de confianza. En Chiapas, las instituciones de salud han establecido relaciones de colaboración con las parteras tradicionales, a quienes se ofrece capacitación, insumos y espacios para brindar de manera conjunta una atención integral a la mujer

embarazada. Sin embargo, no todas las parteras han aceptado trabajar en colaboración; algunas prefieren seguir operando por su cuenta porque la relación con los servicios de salud pondría en riesgo su posición en las comunidades. La población percibe las clínicas y los hospitales como lugares donde aumenta el riesgo de morir o de ser intervenidas quirúrgicamente, y saben que la recuperación durante el puerperio es lenta y dolorosa.

## Conclusiones

En las comunidades indígenas rurales de Chiapas que no cuentan con servicios de salud de calidad, la partera tradicional llega a ser la única alternativa para atender el parto. Las ventajas de sus servicios son evidentes: estar *in situ* (lo cual implica un ahorro de tiempo y dinero), y brindarse en la lengua de origen y en un ambiente de calidez y confianza. La labor de la partera no es, sin embargo, reconocida por las instituciones de salud, ni siquiera en contextos de alta marginación (Tornquist y Lino, 2005). Su visibilidad y su reconocimiento podrían ayudar a reducir drásticamente la mortalidad materna y neonatal, en particular en contextos carentes de servicios de salud de calidad (Sánchez y otros, 1998).

Si bien la tasa de sobrevivencia del parto atendido por parteras tradicionales es alta, aún existen condiciones que ponen en riesgo la salud materna y del recién nacido, sobre todo las concernientes a la higiene, la detección temprana del embarazo, la atención durante el primer trimestre y la identificación de signos de riesgo o alarma durante el embarazo, el parto y el puerperio.

## Recomendaciones

El reconocimiento de las parteras como personal local clave y capacitado, y su inclusión en el sistema de salud, permitiría fortalecer sus capacidades técnicas, respetando los aspectos culturales de su labor. Esta es

una inversión determinante para reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los recién nacidos, y para construir un sistema de salud centrado en las personas. Los beneficios de los servicios de partería de calidad deberían llegar de múltiples maneras a todos los miembros de la sociedad. Además de prevenir muertes y salvar vidas, las parteras pueden contribuir al desarrollo humano y económico de Chiapas y del país (UNFPA, 2011).

## 1.3 Partería entre las mujeres rarámuri y wixaritari<sup>13</sup>

*Gabriela Gil Veloz*





## Introducción

Este artículo se deriva del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias (Freyermuth, 2015). Entrevistamos, en 2016, a mujeres rarámuri y wixaritari para conocer su opinión sobre la atención del embarazo, el parto y el posparto. Seleccionamos a aquellas que tuvieran hijos menores de dos años, con dos o más experiencias obstétricas en distintas modalidades: en hospitales públicos o privados, o en casa, con parteras tradicionales o profesionales y en modalidades mixtas. Las entrevistadas hablan lenguas indígenas derivadas del yutoazteca, y tienen rasgos culturales similares. Por ejemplo, parir en rarámuri se dice *nawarima*, y en wixarika, *niwerika*. Ambas culturas están situadas en la Sierra Madre Occidental, los rarámuri al suroeste de Chihuahua y los wixaritari entre los estados de Nayarit, Durango, Zacatecas y Jalisco, al occidente del país. Este texto aborda los principales hallazgos de las entrevistas.

No existe ni entre los rarámuri ni entre los wixaritari una tradición de partería tan evidente como la hay en las culturas indígenas de Yucatán, Oaxaca, Guerrero o Chiapas. No ha habido, por lo general, mujeres especializadas en atender partos, aunque había “las buenas para ayudar a parir”; si bien no tenían título, “se sabía que ella ayudaba bien”.<sup>14</sup> Durante la investigación en la sierra Tarahumara se identificó a mujeres mayores de 60 años de las que “se sabía que ayudaban en el parto”, aunque tenían más de 10 años sin atender ninguno. En la sierra Huichola, en cambio, solo se encontraron testimonios de mujeres que fueron atendidas por sus abuelas.

Entre los rarámuri y los wixaritari, las mujeres parían tradicionalmente en casa, solas o apoyadas por algún familiar, como la abuela, la madre, la tía o la pareja. Las parteras entrevistadas en la sierra Tarahumara<sup>15</sup> afirman que en los últimos 30 años los servicios de salud pública

<sup>13</sup> Tarahumara y huichol es el término exoetnónimo. Rarámuri (singular y plural), y wixarika (s.) wixaritari (pl.) el término endoetnónimo.

<sup>14</sup> Lucinda, entrevista, partera rarámuri, 2016, 30 de marzo, sierra Tarahumara.

<sup>15</sup> Lupe, Lucinda y Genoveva, entrevista, parteras, 2016, 30 de marzo y 2 de abril, sierra Tarahumara.

han cobrado fuerza en la atención del embarazo, el parto y el posparto, lo que ha reducido la cantidad de partos en casa. La literatura sobre partería en ambas culturas es escasa, lo que se explica con el argumento de que no hay una tradición de partería ni entre los rarámuri ni entre los wixaritari (Acuña, 2006; Gamlin, 2016<sup>16</sup>). Los testimonios de las mujeres rarámuri informan que sí hay mujeres expertas en la atención del parto, pero no la figura de partera como en otras culturas. En la sierra Tarahumara prevalece el uso de hierbas, como el epazote, la hierba del pasmo, la palmilla y la verbena, con las que preparan “bebida” como llaman a las infusiones.

Debido a los planes de desarrollo de salud, la mayoría de las mujeres indígenas paren actualmente en los hospitales o en los centros de salud del servicio público. Pero para recibir atención durante el embarazo suelen acudir con el curandero tradicional, el *owirúame* (“aquel que dicen que cura”) entre los rarámuri y el *mará'akame*, entre los wixaritari. Ambos curanderos sueñan y en los sueños curan o se dan cuenta de lo que ocurre en los partos o en las enfermedades. Sobre los servicios de los curanderos tradicionales, las mujeres explican:

El *mará'akame*, revisa mi panza, soba, pero no traen al mundo, no nacen, a veces cuando va a nacer el bebé les da a las mujeres agua bendita con la flor, según es para que el bebé nazca bien.<sup>17</sup>

Las mujeres mencionaron que los chamanes de la comunidad “sí revisan bien y con respeto” ya que, a diferencia de los doctores, no les piden que se quiten la ropa del área del vientre. Esto les da confianza, se sienten más seguras y menos avergonzadas: “El doctor me revisaba mi panza y jalaba mi falda. Por eso no me gustó. Y con el *maraka'ame* nomás revisó mi panza así (sobre la ropa), nomás revisó al bebé, nada más”.<sup>18</sup> Una rarámuri describió: “Me pasó la cruz, me sobó la panza y luego con la

◀ *Mujer con hijo*.  
Gabriela Gil Veloz,  
4 de noviembre,  
2013, Camino  
a Ojo de Buey  
sierra Tarahumara,  
Bocoyna,  
Chihuahua.

<sup>16</sup> Jennie Gamlin, antropóloga médica de University College London, 2015, conversación personal en relación con temas de partería en la sierra Huichola con Gabriela Gil, 3 al 6 de diciembre.

<sup>17</sup> Evelia, entrevista, mujer wixarika, 2016, 24 de marzo, sierra Huichola.

<sup>18</sup> Flor, entrevista, mujer wixarika, 2016, 25 de marzo, sierra Huichola.

mano también me aplastaba para sentirlo a ver si estaba bien, me echó agua bendita”.<sup>19</sup>

## Los hospitales públicos

Las mujeres wixaritari entrevistadas coinciden en que supieron de su embarazo después del primer trimestre o a los seis meses, de manera que sus controles del embarazo empezaron tardíamente, lo que les valió regaños en sus visitas al centro de salud o al hospital. Las usuarias describen su relación con el personal del sector como hostil, lo que se agrava con la continua rotación del personal de salud. En palabras de Evelia: “Cambian los médicos del centro de salud y no todos atienden bien, hay muchos pasantes con los que no me sentí segura”.<sup>20</sup>

Las mujeres acuden al centro de salud como primera opción, pero cuando presentan complicaciones son enviadas a Huejuquilla, en Jalisco, o a Fresnillo, en Zacatecas, lo cual implica gastos. Como lo describe Lucía: “Me atendí en el centro de salud de San Andrés porque si va a Huejuquilla, gasta uno”.<sup>21</sup> Juanita resume varios de los puntos descritos sobre la atención del servicio público:

Me regañaron en el centro de salud de San Andrés porque no fui antes. Me dijeron que ya era tarde y que está mal. Fui a Huejuquilla y no me atendieron. Fui a Tepic. Me atendieron en Fresnillo, me hicieron cesárea porque venía atravesado. Creo que los doctores no deben decirles cosas malas a las embarazadas. A todos mis otros hijos los tuve en casa y me ayudaba mi mamá. Los tuve de rodillas.<sup>22</sup>

Ana Rosa mencionó que los médicos no siempre están disponibles y dan malos tratos. También percibió problemas de higiene:

<sup>19</sup> Arisbeth, entrevista, mujer rarámuri, 2016, 31 de marzo, sierra Tarahumara.

<sup>20</sup> Evelia, entrevista, mujer wixarika, 2016, 24 de marzo, sierra Huichola.

<sup>21</sup> Lucía, entrevista, mujer wixarika, 2016, 25 de marzo, sierra Huichola.

<sup>22</sup> Juanita, entrevista, mujer wixarika, 2016, 25 de marzo, sierra Huichola.

Me fui a atender a Huejuquilla porque aquí no hay con qué te revisen, o no sé, no tienen casi nada aquí. Y aparte casi no están, vienen algunos días namás y se van. Cuando hay urgencias no están. [Me gustaría que los doctores nos trataran] así con respeto. Hay gente que discrimina porque estás embarazada, está gorda, dicen, y no deben de ser así. Así con amabilidad o algo, preguntarle pues, qué es lo que tiene, qué le duele o no sé. En el centro de salud me metían la mano bien feo, sabe cómo le hacían, me lastimaron, me trataron muy mal. Las sábanas estaban con sangre, no estaban lavadas, yo creo que las tijeras eran las mismas que habían cortado anteriormente, no estaban, cómo se dice, esterilizadas.<sup>23</sup>

Aunque las mujeres manifestaron sentirse más cómodas con los curanderos para atenderse durante el embarazo, también tienen cierto recelo porque ellos pueden hacer trabajos para bien o para mal: “Bueno yo ya platicué (me dijeron) que si te ve un *mara’akame*, pues el niño casi no nace, no nace bien decían, y me daba miedo (por eso no fui)”.<sup>24</sup>

La mayoría de las entrevistadas en la sierra Tarahumara se atendieron en el hospital rural IMSS-Prospera de San Juanito. Relataron que durante el embarazo se acostumbra ir con el *owirúame* y tomar “bebida” (té de hierbas):

Iba a tener al bebé en la clínica de Creel pero como se me subió la presión me mandaron a San Juanito. La doctora se notaba que era buena gente. Tomé bebida de palmilla. Me gustaría que los doctores expliquen bien cuando andan checando.<sup>25</sup>

Otras mujeres describieron el lugar del parto y expresaron su descontento por ser atendidas por hombres, sobre todo las más jóvenes, como Idaly, de 17 años: “Me hicieron cesárea, después de la cesárea era aburrido estar ahí encerrada, acostada en un lugar incómodo y chiquito. No me gustó que me atendieran hombres”.<sup>26</sup>

<sup>23</sup> Ana Rosa, entrevista, mujer wixarika, 2016, 26 de marzo, sierra Huichola.

<sup>24</sup> Ana Rosa, entrevista, mujer wixarika, 2016, 26 de marzo, sierra Huichola.

<sup>25</sup> María, entrevista, mujer rarámuri, 2016, 30 de marzo, sierra Tarahumara.

<sup>26</sup> Idaly, entrevista, mujer rarámuri, 2016, 30 de marzo, sierra Tarahumara.

La cosmovisión del medio hospitalario y la de las mujeres indígenas son muy distintas. Argelia, de la sierra Tarahumara, describe que se sintió humillada: “Me humillaron porque se enojaba mucho el doctor, no me dejaban taparme con la cobija que llevé”.<sup>27</sup> Las mestizas serranas atendidas en el hospital de Bocoyna describen escenas de maltrato e insultos a las indígenas: “A mí no me maltrataron pero veía como le hablaban a las rarámuri”.<sup>28</sup> Las mestizas, por su parte, deben pasar por largos procesos burocráticos para obtener su incapacidad.

## El parto en casa

Se encontraron dos casos muy distintos de parto en casa. En la sierra Huichola, Flor, primigesta de 16 años que vive en una ranchería, tuvo miedo de ir al centro de salud: “El doctor me dijo que iba a nacer en Huejuquilla, pero yo no quería ir porque allá revisaban todo y me daba vergüenza, por eso lo tuve aquí”.<sup>29</sup> Su abuela la ayudó en el trabajo de parto y en el parto: “Cuando iba a nacer mi bebé (mi abuela) me abrazaba de la cintura y me daba té, agua caliente. Cuando nació mi bebé (yo estaba en cuclillas) cayó en el piso, en una cobija”. Cuando Flor fue a revisión se sintió humillada: “En el centro de salud sentí que me humillaron porque cuando me fui a que me revisaran aquí y sí salía sangre”.<sup>30</sup> La mayoría de las mujeres de las rancherías en donde el centro de salud es muy reciente o todavía no lo hay, tienen a sus bebés en casa.

En la Sierra Tarahumara, Arisbeth, de 28 años, con cinco embarazos (cuatro hijos nacidos vivos y un aborto), tuvo al último en casa:

Me ayudó mi esposo, me hubiera gustado que también me ayudara mi suegra. Me dieron té de epazote. He tenido como dos hijos en casa y uno se me murió antes de llegar a San Juanito. Me dolió mucho, me hubiera gus-

<sup>27</sup> Argelia, entrevista, mujer rarámuri, 2016, 31 de marzo, sierra Tarahumara.

<sup>28</sup> Vicky, entrevista, mujer mestiza, 2016, 1 de abril, sierra Tarahumara.

<sup>29</sup> Flor, entrevista, mujer wixarika, 2016, 25 de marzo, sierra Huichola.

<sup>30</sup> Flor, entrevista, mujer wixarika, 2016, 25 de marzo, sierra Huichola.

tado que fuera en el hospital, pero no teníamos dinero. Después de que nació me dieron hierba del pasmo.<sup>31</sup>

Flor prefirió tener a su bebé en casa por miedo y vergüenza de estar en el centro de salud. Arisbeth prefirió quedarse en casa a pesar de tener acceso a un hospital del IMSS para evitar el gasto de ir a San Juanito. La cantidad de hijos y la ubicación geográfica de la comunidad influye en la decisión de las mujeres de dónde parir.

## Conclusiones

En el contexto indígena donde se hicieron las entrevistas, hay una presencia significativa de curanderos tradicionales, *mara'akate* y *owirúame* en la atención prenatal, y es común el uso de bebidas calientes con hierbas medicinales. De la experiencia en los hospitales públicos, la población indígena se queja de ser discriminada por su etnia, de que no se hable su lengua, de recibir regaños y malos tratos, de que haya poca higiene y del prolongado tiempo de espera.

Las mujeres que parieron en casa, atendidas por familiares, lo hicieron por elección o por falta de recursos para ir al hospital público. Emplean bebidas calientes y adoptan diversas posiciones en el parto. Tanto en la sierra Tarahumara como en la Huichola, en algunas comunidades muy alejadas de los hospitales y los centros de salud, las mujeres paren en casa. En la sierra Tarahumara, todavía hay parteras empíricas y se ha prescindido de sus servicios desde la llegada de los hospitales. Se identificó que en la sierra Tarahumara el hospital se valora porque se cree que ahí están los expertos. En el caso citado de la sierra Huichola, en cambio, la mujer se sintió mucho más segura en su hogar.

<sup>31</sup> Arisbeth, entrevista, mujer rarámuri, 2016, 31 de marzo, sierra Tarahumara.

## Recomendaciones

Los testimonios de las mujeres revelan que se sienten incómodas al ser atendidas por hombres en los servicios de salud pública. De aquí que se recomiende que sean mujeres quienes brinden la atención obstétrica. Otras recomendaciones son que los prestadores de servicios:

- Traten a las mujeres indígenas con amabilidad durante el embarazo, el parto y el posparto.
- Hablen la lengua de sus pacientes o, al menos, se apoyen en traductores.
- Conozcan a profundidad la cultura de la población que atienden.
- Favorezcan que en los eventos obstétricos las mujeres estén acompañadas de un familiar o una persona de su confianza.

## 1.4 El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño

*Alba Rocío Ramírez Pérez*





## Introducción

En el presente artículo se exploran algunas de las motivaciones y opiniones de mujeres del istmo oaxaqueño que para su atención eligieron entre dos modelos de partería: el público institucional y el tradicional. Los datos obtenidos revelan, por un lado, la influencia del Seguro Popular en la forma en que las mujeres –tanto urbanas como rurales– atienden sus partos, que deriva en el desplazamiento de las parteras hacia el estatus de *sobadoras* y *acomodadoras* de bebés, lo cual va propiciando su paulatina desaparición. Y evidencian, por el otro, la normalización de la violencia obstétrica de que son objeto, sobre todo en el modelo institucional. Los resultados de esta investigación informan también de las dificultades que enfrentan las mujeres al buscar atención prenatal, del parto y del posparto, así como del destacado papel de las parteras tradicionales en las áreas rurales, donde los servicios de salud son limitados o inexistentes.

En el marco del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuaris (Freyermuth, 2015), desarrollado por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACAS A. C.), se entrevistó –de febrero a mayo de 2016– a mujeres del istmo oaxaqueño que utilizaron diferentes modelos de partería. El objetivo del proyecto fue “conocer las necesidades sentidas por las usuarias durante la atención prenatal, parto y posparto y con ello elaborar recomendaciones a las políticas públicas”. En este artículo se exploran algunas de las motivaciones que llevaron a las mujeres entrevistadas a atenderse en el modelo de partería tradicional o en el modelo institucional. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca concentran los mayores porcentajes de nacimientos atendidos por parteras (26.9, 9.3, y 7.1 por ciento, respectivamente), y son también los de menores porcentajes de partos atendidos por médicos (69.7, 83.8 y 88 por ciento, respectivamente) (INEGI, 2015). Los resultados de esta investigación apuntan a que en la región del istmo la práctica de las parteras es decreciente y se confina a las áreas rurales.

El Seguro Popular<sup>32</sup> ha influido sobre la forma en que las mujeres, tanto urbanas como rurales, atienden sus procesos reproductivos, de tal manera que los Servicios Estatales de Salud se han convertido en la primera opción de atención, incluso donde no se cuenta con el personal o con los recursos económicos necesarios para que los nacimientos ocurran en el ámbito hospitalario. En un poblado<sup>33</sup> donde hasta hace 20 años el total de nacimientos era atendido por parteras, ahora incluso las mujeres usuarias del modelo de partería tradicional se refirieron al modelo biomédico como primera opción. Esto implica la disminución paulatina del papel de la partera tradicional; es decir, ilustra la “forma en que sus conocimientos y creencias locales se hacen a un lado y son ignorados y remplazados por la idea de que la biomedicina es más moderna y aceptable en cuanto a los cuidados reproductivos” (Smith-Oka, 2013:67), lo que deriva en su desaparición progresiva o su desplazamiento hacia un segundo plano.

Dicha relegación responde a las acciones emprendidas por el gobierno para reducir el número de muertes maternas en el país. En los últimos años se ha optado por alcanzar la cobertura total del parto institucional, lo que se traduce en la desaparición de los recursos locales de atención. Programas gubernamentales, como el Seguro Popular y Prospera (que involucran una transferencia monetaria del gobierno a madres de familia), inciden en las preferencias de las mujeres, tanto rurales como urbanas, para atender sus partos (Smith-Oka, 2013; Murray, 2015).

◀ *Estudiantes aprendiendo con una partera purépecha. Comunidad de San Francisco Uricho, Mujeres Aliadas, A. C., 20 de abril, 2014, Erongarícuaro, Michoacán.*

<sup>32</sup> “El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización [...] fue creado para brindar protección financiera a la población no derechohabiente” (SSA, s/fa).

<sup>33</sup> He visitado por más de 20 años este poblado porque allí viven familiares cercanos. Cuando empecé a interesarme en el tema de la partería, indagué el pasado cercano de esta práctica y obtuve referencias de al menos cinco parteras. En la actualidad solo vive una de ellas, que ya no atiende nacimientos; se limita a curar con hierbas y, en algunos casos, a sobar y acomodar bebés.

## Control prenatal

En esta investigación se analizan los casos de mujeres que se atendieron en el modelo público institucional y en el de partería tradicional. Se pone especial énfasis en las motivaciones que subyacen en la elección del modelo. Las entrevistadas atendieron el control prenatal con médicos, combinando la atención del servicio público y el privado –en consultorios, clínicas o farmacias–, este último principalmente para hacerse análisis sanguíneos, de orina y ultrasonidos. Algunas de ellas acudieron con parteras para que las sobaran y les acomodaran al bebé.

## El parto en el modelo público institucional

Nueve de las 10 entrevistas a mujeres que optaron por el modelo público institucional lo hicieron en municipios urbanos de la región. Las diez mujeres se dedican a las labores del hogar y el cuidado de los hijos; algunas suelen elaborar productos comestibles para su venta, a fin de contribuir a la economía familiar.

Respecto al motivo por el que acudieron a consultas prenatales y parieron en el sector público, las mujeres coincidieron en respuestas como: “Por la atención y que es gratis”.<sup>34</sup> “Me trataron bien ahí porque me atendió el primo de él [esposo]. Te ayudan a que no gastes nada”.<sup>35</sup>

Las mujeres entrevistadas subrayaron la gratuidad de este servicio como uno de los principales motivos de su elección, incluso cuando la atención no les fuera del todo satisfactoria: relataron que “les llamaron la atención” en las consultas prenatales o que les gritaron a la hora del parto, lo que no percibieron, sin embargo, como maltrato, regaño o humillación. Esto podría indicar la normalización de este tipo de conductas, ya que ninguna se quejó, si bien es probable que se hayan sentido incómodas.

<sup>34</sup> Entrevista, usuaria de servicio público de partería, 2016, 22 de febrero, Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.

<sup>35</sup> Entrevista, usuaria de servicio público de partería, 2016, 19 de febrero, Juchitán de Zaragoza, Oaxaca.

Se evidenciaron también problemas de comunicación entre los prestadores de servicios de salud y las usuarias:

[...] el doctor es muy especial. Cuando no le gustaba algo a él, te decía las cosas como son. A veces se enojaba. Pero pues sí. Cuando a veces me medía, jay, me lastimaba mucho! [...] te digo que el doctor a veces sí habla bien fuerte. Y a veces uno no entiende las palabras que él dice. Y cuando uno no entiende, pues a veces él se quiere enojar porque vuelves a preguntar. [...] Es que él dice que nosotras no entendemos, que porque no se nos queda lo que él dice, pero a veces usa palabras que de momento no sabes qué significan.<sup>36</sup>

En su estudio de 2010 sobre la atención prestada por los Servicios Estatales a través del Seguro Popular en Oaxaca, Castañeda señala el respeto a la dignidad humana y el trato amable a las pacientes como aspectos pendientes en la atención médica (Castañeda, 2010). No obstante, las usuarias también reconocen aspectos positivos de la atención en este sector. En el posparto inmediato, en particular, se sintieron satisfechas porque “las checaban a cada rato” y porque “los médicos estaban pendientes”. Estas actitudes son las principales fortalezas del modelo público de atención.

## El parto con partera empírica o tradicional

Tres de las mujeres entrevistadas se atendieron de manera consecutiva (como segunda opción) con partera. Una de ellas buscó a una partera porque no fue recibida por el personal del centro de salud al que acudió. Las otras dos esperaban poder atenderse con el médico de su localidad, pero su ausencia determinó que se apoyaran en la atención de la partera. Se revela así uno de los principales problemas que enfrentan las usuarias de los servicios públicos de salud: la ausencia constante del personal.

<sup>36</sup> Entrevista, usuaria de servicio público de partería, 2016, 21 de marzo, Santa Isabel de la Reforma, Tehuantepec, Oaxaca.

Las mujeres entrevistadas viven a cuatro horas del hospital más cercano. El costo del traslado y de la estancia en el lugar donde se encuentra el hospital representan gastos que la mayoría de las veces las familias no pueden sufragar. La cuestión económica es entonces el segundo factor que determina la atención domiciliaria del parto.

Las mujeres señalaron aspectos positivos de este modelo de atención, como la confianza que inspiran las parteras, o que durante el trabajo de parto estuvieron acompañadas por familiares cercanos (el esposo, la madre, la suegra o el suegro), quienes tuvieron un papel activo en el proceso: se encargaron de darles ánimos e incluso de sostenerlas si acaso se sentían más cómodas pariendo de pie o en cuclillas. Otro aspecto positivo es que no hayan tenido que desplazarse una vez ocurrido el nacimiento.

El temor a la cesárea fue también una motivación para optar por la partera. Dicho temor se justifica si consideramos que de 2002 a 2012 hubo un incremento de 120 por ciento en el uso de este procedimiento (Freyermuth y Ochoa, 2017). Y para 2012, “México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y Estados Unidos de América [EUA]) con el mayor número de cesáreas innecesarias” (Suárez y otros, 2013:1). Dichos autores señalan que este aumento no produjo ningún beneficio para la madre o el bebé.

## Conclusiones

Este trabajo explora las motivaciones que llevaron a las mujeres entrevistadas a elegir la atención prenatal y del nacimiento de sus hijos en el modelo público institucional o en el de partería tradicional. Las mujeres que tuvieron la experiencia del parto en el sector salud destacaron las ventajas económicas de este modelo, puesto que la atención médica que se ofrece a través del Seguro Popular es gratuita. Esta opción se está convirtiendo en la única, tanto para las mujeres rurales como para las urbanas de escasos recursos. Al prescindir de la atención de las parteras, las mujeres limitan su labor al papel de sobadoras.

A pesar de que la expansión del servicio público de atención a la salud ha modificado las prácticas tradicionales, se documentó su incapacidad para responder a las demandas expresadas por las usuarias. Otras limitaciones del sector público son las deficiencias en la comunicación entre los prestadores de servicios y las usuarias, y el mal trato que estas reportan tanto durante el control prenatal como a la hora del parto.

Las mujeres que se atendieron con parteras reconocen que sus expectativas respecto de la atención están cambiando, por lo que la partera tradicional se está convirtiendo en la segunda opción de atención. No obstante, dados los obstáculos económicos y geográficos para trasladarse al hospital, las mujeres se ven obligadas a quedarse en su localidad y a parir en casa con ayuda de una partera. Las parteras tradicionales se encargan, así, de la salud de las mujeres muy pobres que viven en lugares inaccesibles. Su contribución se considera muy valiosa. Es urgente que el Estado legitime su práctica y “realice la legislación y capacitación adecuada en el tema y no permita que las practicantes de este servicio de salud se encuentren en un estado de indefensión jurídica” (Álvarez, 2015).



## 1.5 El “bebé encajado”: la concepción del dolor como experiencia sociocultural y en la elección de la trayectoria terapéutica entre las mujeres mayas yucatecas

*Viaani Coral Mendoza López*





## Introducción

El presente artículo trata de la concepción del dolor producido durante el embarazo por la condición conocida como del “bebé encajado”, entre mujeres mayas yucatecas atendidas en un hospital materno en la ciudad de Mérida, Yucatán. Esta condición pone de manifiesto la necesidad de entender el dolor como un elemento biológico y sociocultural, así como de construir una teoría y una praxis sobre el cuerpo de la mujer embarazada que considere la interacción de dos modelos médicos de atención: el institucional y el tradicional.

## Antecedentes

Pensar el dolor físico remite a la medicina institucional que, dado su carácter hegemónico, ha monopolizado la discusión sobre el tema. La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) sostiene que se trata de un fenómeno esencialmente biológico: “Una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal” (Puebla, 2005). Sin embargo, la evidencia empírica –como lo demuestra el presente estudio– apunta hacia la conveniencia de considerar el dolor físico como un hecho biológico y sociocultural de representación etnoanatómica, lo que en el área de la salud reproductiva permite comprender su carácter sociocultural.

En el dolor se conjuga lo biológico y lo sociocultural, el individuo y su comunidad, toda vez que lo experimenta un individuo específico inserto en un contexto sociocultural determinado que condiciona tanto su explicación como su tratamiento. El estudio etnográfico realizado con mujeres mayas embarazadas en un hospital de atención materna en Mérida sustenta la discusión que aquí se construye.

## El caso de Olivia

Sentada en la sala de espera del hospital, Olivia, una mujer maya yucateca, me comparte su experiencia de atención del embarazo durante los pasados ocho meses. La atención médica que ha recibido desde que supo que estaba embarazada ha sido discontinua. En el centro de salud que le “tocaba”, en Kanasín –municipio ubicado nueve kilómetros al norte de la ciudad de Mérida– los médicos “nunca estaban” o “salían de vacaciones”. En las pocas revisiones que le hicieron, le dieron vitaminas y solo le dijeron que el bebé “estaba bien” y que debía hacerse un ultrasonido.

Ante a la incertidumbre por la discontinuidad de la atención médica en Kanasín, Olivia acudió al centro de salud de un municipio aledaño, pero distante, en donde fue atendida. Sin embargo, en los últimos meses del embarazo ya no pudo acudir a ese centro de salud, pues además de las dificultades del traslado debido a su avanzado embarazo, las reglas de operación del hospital en Mérida le exigían contar con el expediente y la hoja de referencia del centro de salud de adscripción. Preocupada por la posibilidad de no ser atendida en el hospital, Olivia buscó al director del centro de salud que le correspondía para exigirle “sus papeles” (expediente y hoja de referencia) para poder ser atendida en el hospital durante el resto del periodo prenatal y el parto. Los obtuvo, finalmente, y trasladó su tratamiento al hospital.

Durante el embarazo, Olivia padeció la condición del bebé encajado y los dolores que le son característicos. Se trata de una nosología reconocida por las mujeres mayas yucatecas y las parteras que las atienden, que consiste en la incomodidad corporal de la madre por la posición cambiante del bebé durante ciertos momentos del embarazo, en especial “al inicio del tercer mes, donde la sobada o *yeet'* es de vital importancia para el bienestar de la embarazada. Se aplican por todo el cuerpo con la finalidad de establecer la posición del desarrollo fetal y aliviar las molestias de la espalda” (Güémez, 2000). Esto se debe a que dichas molestias podrían impedir la realización de las tareas diarias de la madre, que aun en esas condiciones no concibe modificar, puesto que “la preñez es vista como algo natural, cotidiano, coherente con la lógica de la reproducción” (Güémez, 2000).

◀ *Partera y usuaria (nieta)*, Gloria de los Ángeles Uicab Pool, 5 de agosto, 2016, Tixcacaltuyub, Yucatán.

Durante el embarazo, Olivia también recibió la atención continua de una partera. Su apoyo fue particularmente útil para aliviar los dolores cuando el bebé estaba encajado o abajo. Olivia lo describe así: "Sientes como un dolor en tus piernas o en la parte de abajo, que *se te encaja*, a veces la mano del bebé o su pierna, y no te sientes cómoda."<sup>37</sup>

Para aliviar el malestar que provoca el bebé encajado, la partera lo "acomoda", lo "desencaja". Si no se da tratamiento al bebé encajado, sucede lo siguiente:

Luego empiezas a sentirte mal. Pero si el doctor te checa, te dice que está bien, te dice que es normal en el embarazo. Eso me pasó a mí cuando fui a ver al doctor porque se me *encajó* en la parte de abajo él bebé. Me dijo que era normal, y mejor fui con la partera y me dijo: 'está encajado, puede llegar antes de tiempo, está muy chico el bebé'. Entonces la partera me lo acomodó, para que pueda dar a luz a tiempo, esa es la diferencia con una partera.<sup>38</sup>

A pesar de la experiencia desagradable o dolorosa que esta condición provoca en las mujeres, los proveedores de la medicina institucional no la reconocen como un proceso patológico del embarazo. Las molestias que la acompañan se consideran "normales en el embarazo". No obstante, las parteras tradicionales mayas no solo reconocen el padecimiento, sino que cuentan con saberes y prácticas para su atención. Olivia tenía dos meses de embarazo cuando comenzó a atenderse con la partera porque tuvo un ligero sangrado. La partera le dijo que se debía a que "estaba *abajo* su bebé". Olivia comenta: "Me lo *subió* y me ordenó reposo la partera". Le pregunté si le contaba al médico estas experiencias. Olivia se refirió, entonces, a un médico:

<sup>37</sup> Olivia, entrevista, usuaria de servicio público de salud y eventual de servicio de partería tradicional, 2015, 29 de septiembre, Mérida, Yucatán.

<sup>38</sup> Olivia, entrevista, usuaria de servicio público de salud y eventual de servicio de partería tradicional, 2015, 29 de septiembre, Mérida, Yucatán.

Había un doctor en el centro de salud y le conté que me sobaba la partera. Me dijo el doctor que sí, que estaba bien porque hay cosas que ellos no pueden hacer, pero ellas sí.<sup>39</sup>

Es interesante notar que a pesar de que la condición del bebé encajado y su manejo no se encuentra dentro del cuerpo de saberes y prácticas médicas, algunos de sus proveedores reconocen esta limitación –“porque hay cosas que no pueden hacer”–, y consienten la participación de las parteras tradicionales en su atención. Ante la pregunta de si le gustaría tener a su bebé con una partera, Olivia sonrió y me dijo:

Lo he pensado, por lo mismo de que las parteras están pendientes a cada rato, pero no lo sé porque si hay complicaciones la diferencia de venir al hospital es que aquí tiene cosas para atender las complicaciones.<sup>40</sup>

Pero la aprobación del médico que le sugirió a Olivia que siguiera atendiéndose con la partera –porque “hay cosas que ellos no pueden hacer, pero ellas sí”– es inusual; otras mujeres atendidas en este mismo hospital no han recibido de los médicos tratantes recomendaciones semejantes. Si le comunican al médico lo favorable que les resulta la atención de las parteras para el alivio de los padecimientos que ellos no atienden –como el del bebé encajado–, son coaccionadas, menospreciadas y hasta amenazadas. Los argumentos del personal médico se fundan en las bases científicas de la medicina institucional –consideradas verdades universales–. El que los médicos aludan al peligro de acudir con las parteras tradicionales les genera miedo y rechazo, y limita su campo de acción y decisión para la atención de sus padecimientos, no solo durante el embarazo, sino también en el parto y el puerperio.

Las molestias asociadas a la condición del bebé encajado se cuentan entre las representaciones del dolor que no tienen cabida en la visión médica, pues el cuerpo de la mujer embarazada se halla atravesado, por

<sup>39</sup> Olivia, entrevista, usuaria de servicio público de salud y eventual de servicio de partería tradicional, 2015, 29 de septiembre, Mérida, Yucatán.

<sup>40</sup> Olivia, entrevista, usuaria de servicio público de salud y eventual de servicio de partería tradicional, 2015, 29 de septiembre, Mérida, Yucatán.

lo que yo nombro “la colonización de los padecimientos del cuerpo”. Sin embargo, en la visión de la medicina tradicional el bebé encajado tiene toda una historia, etiología, cuadro clínico y manejo terapéutico. Las *sobadas*, por ejemplo, tienen:

La finalidad de relajar los músculos y aliviar la incomodidad. Si la posición no es la correcta, la sobadora o partera realiza masajes con movimientos precisos y firmes y ayudada por ambas manos, trata de desplazar al bebé mediante un movimiento giratorio en dirección de la posición que para ella corresponde a la adecuada, por otra parte los masajes a fines del embarazo permiten a la comadrona establecer la fecha probable del nacimiento (Güémez, 1997).

Este ejemplo ilustra cómo “el saber biomédico y el saber de la partera no se refutan mutuamente, son simplemente de un orden diferente, ya que uno y otro no se interesan en el mismo cuerpo” (Le Breton, 1999:70); cada uno manifiesta su propia interpretación del dolor a partir de una visión del cuerpo, y emplea terapias específicas. Ambos cuerpos de saber participan de una verdad, conforme a su visión particular.

Durante su embarazo, Olivia ajusta e integra dos modelos de atención (el institucional y el tradicional), considerando la eficacia física y simbólica de cada uno de ellos para sus necesidades. Al acudir con la partera, que representa el modelo médico alternativo subordinado, Olivia responde a su necesidad de aliviar el dolor causado por el bebé encajado, ante la imposibilidad del diagnóstico y el tratamiento médico de este padecimiento en el centro de salud. El modelo hegemónico representado por el hospital y el personal médico funciona para Olivia como un vínculo necesario para el servicio de un parto que le asegure “la tecnología adecuada” para atender los posibles riesgos y complicaciones.

## Conclusiones

El dolor moviliza los vínculos socioculturales y las relaciones sociales de la mujer embarazada en la búsqueda de una respuesta, un alivio y un tratamiento. Lejos de abordarse en sus dimensiones etnoanatómica, biológica y sociocultural, el dolor suele tratarse conforme a la estrecha visión organicista de la medicina que, en su ejercicio de legitimación, es la única “habilitada para justificar socialmente el sufrimiento que experimenta la demandante” (Le Breton, 1999:63). En el caso de las mujeres mayas embarazadas, esto resulta desfavorable pues, como señala Güémez (2000), el vocabulario maya-yucateco tiene una gran diversidad de palabras para nombrar el dolor, dependiendo de factores socioculturales que escapan del lenguaje y se reducen a metáforas cuando se trata de comunicarlo.

La reconstrucción y el reconocimiento del dolor durante el embarazo es, como ya lo dije, uno de los tantos conceptos que subyacen tras una estructura simbólica que necesita comprenderse, interpretarse e incorporarse en las instituciones de salud, para poder comenzar a reconstruir –y a dialogar con– la idea del cuerpo físico y simbólico que representa a la mujer embarazada en las diferentes culturas del mundo.



## 1.6 Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional

*Gloria de los Ángeles Uicab Pool  
Mercedes Juárez*





## Introducción

Este artículo se deriva del proyecto macro de investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias (Freyermuth, 2015), realizado en varios estados del país, entre ellos Yucatán. Las mujeres participantes en este estudio conforman una submuestra del proyecto general. Viven en cuatro localidades rurales del estado de Yucatán, de población maya en su mayor parte, ubicada por debajo de la media del índice de pobreza nacional. El trabajo de campo se llevó a cabo de enero a junio de 2016. En comparación con otros grupos sociales, los factores que determinan la atención de la salud de la población en desventaja socioeconómica reflejan desigualdades (OMS, 2009) resultantes de una serie de riesgos para la salud vinculados a las condiciones de pobreza, que requieren cambios estructurales (Marmot y Wilkinson, 2006).

La mortalidad materna en México ha disminuido paulatinamente, pasando de 88.7 muertes maternas por cada 100 000 nacidos en 1990, a 43 en 2011 (CONEVAL, 2012). Sin embargo, aún persisten brechas. Las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) del país tenían un riesgo de fallecer durante la maternidad más de cinco veces mayor que el resto de las mujeres del país. Si consideramos la brecha entre mujeres no indígenas e indígenas, la diferencia del riesgo de morir es tres veces mayor. Y el de las mujeres que viven en municipios con muy alto grado de marginalidad, frente a municipios de poca marginalidad, es más de cuatro veces mayor (Freyermuth y Luna, 2014).

Estos datos revelan que el Objetivo de Desarrollo del Milenio 2015 para “mejorar la salud materna” se cumple en México de manera desigual en los diferentes estratos sociales, ya que la sobrevivencia de las mujeres embarazadas que viven en condiciones de pobreza está en mayor riesgo. Estas desigualdades continúan siendo prioridad para el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2030, que se enfoca en “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ONU, 2015). De aquí que su reconocimiento sea esencial. Esta investigación identifica los factores que determinaron que mujeres embarazadas de zonas rurales del estado de Yucatán eligieran el modelo de partería tradicional para la atención del parto.

## Desarrollo y resultados

Participaron en este estudio siete mujeres que tuvieron su último embarazo en los 18 meses previos a la entrevista y optaron por el modelo de partería tradicional, a pesar de poder elegir el modelo institucional. En la tabla 1.1.6 se presentan las características sociales y reproductivas de las mujeres participantes.

Los resultados cualitativos de la encuesta se clasificaron por su: 1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad y 4) calidad (ACNUDH, 2000).

**1. Disponibilidad.** Esta categoría se refiere a la disposición de servicios públicos y programas de salud suficientes. Las principales limitaciones al respecto mencionadas por las mujeres aluden al sistema de referencias de un nivel de atención de salud a otro, por no haber continuidad en los tratamientos entre uno y otro. Está, además, la larga espera para recibir la consulta prenatal:

[Me dice el doctor] nosotros te atendemos pero si llegas, a veces tienes que esperar como cuatro horas de tu cita y sí, si te está doliendo algo así, no te atienden, a veces cuando me fui allá en Peto, estén como vino una compañera así, estaba doliendo a la pobre señora y no la atendieron y ahí nació su bebé, afuera del hospital, sí.<sup>41</sup>

Dadas sus restricciones financieras, las unidades del primer y segundo nivel carecen de recursos humanos, personal calificado, instrumental, equipo y medicamentos suficientes para atender a las mujeres que acuden a estas, por lo que a menudo ellas deben ser trasladadas a hospitales de tercer nivel en Mérida, principalmente los fines de semana.

◀ *Mamá-hijos,*  
Gloria de los  
Ángeles Uicab Pool,  
14 de marzo, 2016,  
Tixcaltuyub,  
Yucatán.

<sup>41</sup> Rita, entrevista, usuaria 4 hijos, 28 años, 2016, 20 de febrero, Sabaché, Yucatán.

TABLA 1.1.6 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

EDAD CUANDO FUERON ENTREVISTADAS	EDO. CIVIL	LOCALIDAD	IDIOMA/ LENGUA INDÍGENA	ESCOLARIDAD	INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA	EDAD EN EL PRIMER EMBARAZO	NÚMERO DE HIJOS	TIPO DE PARTO
20	Unión libre	Tadzibichén	Español	Analfabeta	13	14	4	4 vaginales
22	Casada	Planchac	Maya/ español	Secundaria completa	16	16	2	1 cesárea 1 vaginal
24	Casada	Tadzibichén	Maya/ español	Primaria completa	16	17	2	2 vaginales
24	Unión libre	Tixcaltuyub	Maya/ español	Analfabeta	20	22	2	2 vaginales
25	Casada	Tadzibichén	Maya/ español	Secundaria completa	22	22	2	2 vaginales
28	Casada	Sabacché	Maya/ español	Secundaria completa	19	20	4	1 cesárea 3 vaginales
31	Casada	Tixcaltuyub	Maya/ español	Secundaria completa	18	18	7	7 vaginales

Fuente: Encuestas Proyecto Partería, 2016.

**2. Accesibilidad.** Se refiere a la posibilidad de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Esta categoría se divide en cuatro subcategorías: a) no discriminación, b) accesibilidad física, c) accesibilidad económica (asequibilidad) y d) acceso a la información.

*a. no discriminación*

El personal médico desconoce la cosmovisión de las mujeres a las que atiende y suele tratarlas como inferiores por su etnia, su pobreza y su sexo, tal como lo muestra el siguiente testimonio:

[En el hospital de] Izamal estás ahí sufriendo. Le estás hablando a las doctoras, le estaba diciendo que ya va a nacer el bebé y no les importaba, como que ya se acostumbraron a que sufra el bebé, me decían: todavía, todavía [no] y cuando nació estaba morado, estaba a punto de morirse [...], le daban oxígeno porque se estaba muriendo, se estaba ahogando porque estaba pasando la hora, por eso ajá, dije no ir otra vez, por eso decidí [en este parto] quedarme en mi casa.<sup>42</sup>

#### *b. accesibilidad física*

La accesibilidad física se define como “el alcance geográfico de los servicios de salud a todos los sectores de la población, en especial a los grupos vulnerables o marginados o a poblaciones indígenas” (ACNUDH, 2000:4). Dicho alcance puede depender de factores tales como el mal estado de las carreteras o el pésimo servicio de transporte. Por ejemplo, el tiempo de recorrido que *Google* reporta como de 39 a 43 minutos para ir de Sabacché a Peto se convierte en casi todo un día, como le sucedió a una de las participantes, quien salió de su casa antes de las ocho de la mañana y llegó a la clínica de Peto después de las seis de la tarde con su niño en brazos, pues nació en el camino:

[...] No estaban los doctores, estaban saliendo así, como era día sábado, no estaba así de trabajo y como pasé con la partera, me fui, ahítá, este, agarré el carro así y se echó a perder el carro en la carretera, ahítá, pasó el tiempo así, como llegué como a las 6 de la tarde en Peto, y me regañó el doctor [...] estoy yendo con el doctor así, pero no alcancé el doctor, y nació el bebé en el camino [...] llegué en Peto y me regañó ese doctor y me dijo: “¿Para qué vienes a buscar si ya nació tu bebé; si no vienes antes para que vienes a buscar medicina?” Le digo: doctor, vine por los papeles (refiriéndose al certificado de nacimiento que le tiene que dar la institución de salud), y no me lo quiso dar.

En el mapa 1.1.6 se señalan las localidades de origen de las mujeres participantes en la investigación y la ubicación de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en donde se realizan los estudios de laborato-

<sup>42</sup> Virginia, entrevista, 31 años, 7 hijos, 2016, 14 de marzo, Tixcaltuyub, Yucatán.

rio, ultrasonidos y las consultas con el ginecoobstetra durante el control prenatal o para la atención del parto.

*c. accesibilidad económica (asequibilidad)*

El costo de traslado a instituciones de segundo nivel para hacerse estudios o acudir a una consulta prenatal va de \$130 hasta \$2 000 pesos. El día del parto deben considerarse, además, los gastos de alimentación, los días (de uno a tres, en promedio) que el acompañante no trabaja, y los gastos de manutención de los hijos que se dejan en casa.

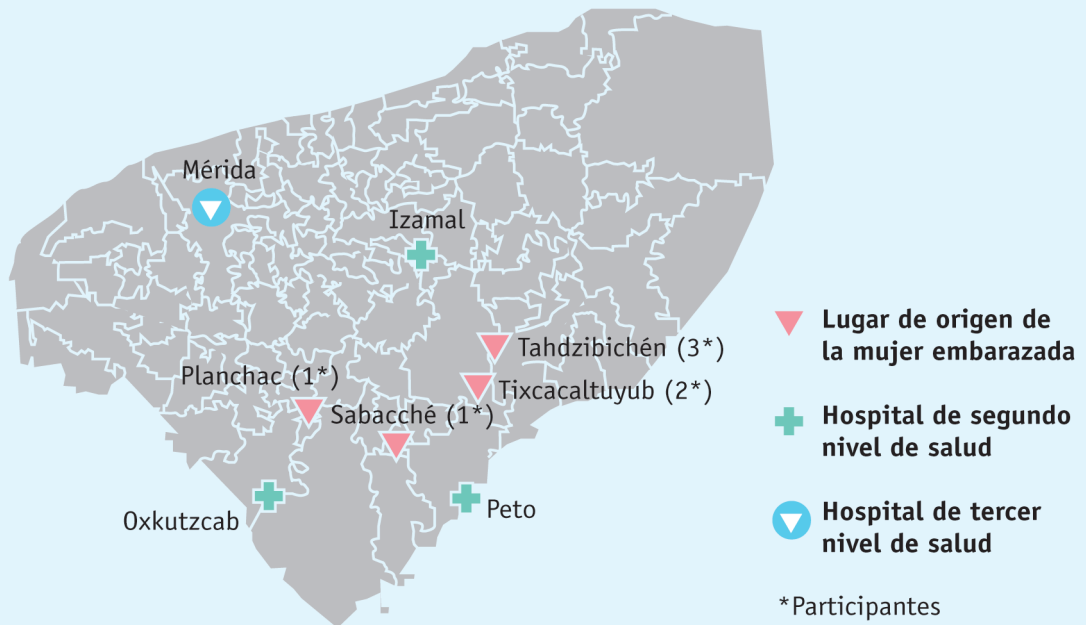
*d. acceso a la información*

La información que tienen las mujeres sobre la atención que deben brindarles los médicos cuando acuden a consulta prenatal, al parto y durante el postparto es escasa. Esto, aunado a su bajo nivel educativo, les impide apropiarse del conocimiento esencial para cuidar y proteger su salud durante este periodo. Desconocen, por consiguiente, los criterios para evaluar la calidad de la atención que reciben. Además de estos factores, están los tabúes, el miedo y los prejuicios en torno a la maternidad que, sumados a sus limitaciones económicas, inciden en su elección de determinado modelo para atender el parto. El que no haya entre el personal de salud quien hable maya limita la atención: el médico da instrucciones mínimas y rápidas que las usuarias apenas entienden, y tampoco pueden resolver sus dudas.

**3. Aceptabilidad.** Con esta categoría se indica que los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Al respecto, las entrevistas informan que:

- Las mujeres reciben maltrato del personal de salud. Cuando el bebé no nace en el hospital, el personal de salud sanciona a la madre de diversas formas como, por ejemplo, retrasando hasta un mes la entrega del certificado de nacimiento, que la madre debe llevar al Registro Civil antes del mes para no ser multada.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Rita, entrevista, 4 hijos, 28 años, 2016, 20 de febrero, Sabacché, Yucatán.



**MAPA 1.1.6.** Recorrido de las mujeres participantes de su lugar de origen al hospital de segundo nivel de atención de la salud. Fuente: Elaboración propia.

- El espacio hospitalario y la cultura institucional de los servicios de salud no están diseñados para tomar en cuenta las creencias, costumbres y tradiciones de la mujer maya, quien tradicionalmente pare en hamaca, busca privacidad y es celosa de su intimidad.
- Durante el seguimiento del embarazo no se cultiva ninguna confianza y no se garantiza que las madres reciban buena atención y un buen trato durante el parto. El temor a ser regañadas y maltratadas por el personal de salud les genera inseguridad, lo que se agrava al no permitírseles que un familiar las acompañe.

**4. Calidad.** Esta categoría indica que los servicios de salud deben ser apropiados y de buena calidad desde el punto de vista científico, médico. Los servicios de primer nivel que se ofrecen a estas mujeres del área rural yucateca son prestados por pasantes en servicio social. La mayoría de las mujeres reportan una práctica profesional deficiente y una actitud burocrática y sin compromiso, lo que dista del perfil de un trabajador de la salud con calidad humana, técnica y profesional.

## Conclusiones

Los factores que determinan que las mujeres embarazadas de zonas rurales de Yucatán acudan al modelo de partería tradicional son una serie de barreras en los servicios de salud en cada una de las categorías revisadas en este estudio: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad (ACNUDH, 2000). No se garantiza el acceso a servicios de salud de calidad a las mujeres más vulnerables, cuya realidad dista mucho de acercarse a las metas internacionales que el gobierno mexicano ha adoptado para apoyar el desarrollo y la salud de este sector de la sociedad.

## Recomendaciones

Del presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

- Formular una política de descentralización que señale como prioritarios los estados con población rural indígena, y establezca mecanismos financieros para evitar que por falta de presupuesto los gobiernos estatales dejen a estas mujeres desprotegidas en su salud.
- Formular una política de recursos humanos del sector de la salud para estados como el de Yucatán, que considere –entre los incentivos para el personal– resolver sus problemas de vivienda en las zonas rurales, y mejorar sus condiciones laborales y de seguridad, así como las instalaciones de las clínicas.

- Capacitar al personal de salud y administrativo de los centros de salud de los tres niveles de atención sobre la pertinencia cultural, para que modifiquen su conducta discriminatoria y traten con respeto a las mujeres en desventaja socioeconómica y étnica.
- Introducir un programa de formación enfocado en el riesgo para capacitar a las parteras empíricas, y propiciar la creación de redes de parteras de la zona en las que puedan intercambiar experiencias, apoyarse entre ellas y recibir seguimiento y supervisión por parte del servicio de salud.





## 1.7 “No quiero ir al hospital, tengo miedo”. Razones del rechazo a la atención hospitalaria en mujeres indígenas del oriente yucateco\*

*Aracelly María Pereira Patrón*



## Introducción

En este artículo se examinan las razones señaladas por cinco mujeres indígenas yucatecas para rechazar la atención hospitalaria y preferir el parto en casa. El temor a la cesárea, a recibir un trato inadecuado aun estando en trabajo de parto, y a que sus recién nacidos corran el riesgo de ser descuidados son las explicaciones de las mujeres para no atender su parto en un hospital. Un médico privado<sup>44</sup> adaptó sus métodos a las necesidades de las mujeres que desean un parto natural en casa. Estas mujeres tienen la capacidad económica para costearlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las cesáreas: “Son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos” (OMS, 2015:1). México “se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA) con el mayor número de cesáreas innecesarias” (Suárez y otros, 2013:1). En 2013, el porcentaje de partos por cesárea a nivel nacional fue de 46.2 por ciento. San Luis Potosí fue la entidad federativa con menor proporción de esta práctica clínica (29.4 por ciento), y Nuevo León tuvo el mayor número de cesáreas (53.4 por ciento); entidades como el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), Yucatán y Sinaloa presentaron 53.1, 51.9 y 51.4 por ciento, respectivamente (Freyermuth y otros, 2017). En Yucatán, la cesárea es la intervención quirúrgica más realizada en los hospitales, y la justificación médica radica en el hecho de que las mujeres son primigestas o se habían sometido a cesáreas previas (Rosado y otros, 2013).

De acuerdo con investigaciones antropológicas, la cesárea “representa uno de los temores más difundidos de las mujeres yucatecas” (Quattrocchi, 2007:88). Y las meridianas “compartían la idea de que una vez que se les ha practicado una cesárea estaban destinadas a repetirla” (Good, 1997:25). Los trabajadores de la salud refuerzan esta percepción en las

\* Este documento constituye uno de los resultados del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarías (Freyermuth, 2015) financiado por la Fundación MacArthur y desarrollado por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y por Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

<sup>44</sup> Egresado de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán.

mujeres cuando las atienden durante el control prenatal. Las mujeres piensan, además, que en el hospital pueden cambiarles a sus hijos (Good, 1997).

El embarazo y el parto deben entenderse como eventos bioculturales y tratarse con modelos que eviten medicalizarlos (Güémez, 2007), pero en los hospitales se tiende a aislarlos del entorno familiar y cultural. Las mujeres incluidas en este estudio recibieron los cuidados de personal de salud capacitado para parir en casa, lo que representa una alternativa asequible, aceptable y de calidad frente a un panorama de prácticas recurrentes de cesárea en los hospitales. De tal manera, el objetivo de este artículo es describir y analizar los argumentos de cinco indígenas en Yucatán que parieron en casa; mujeres que aun estando afiliadas a una institución pública de salud, no utilizaron sus servicios.

## Metodología y desarrollo del estudio

En marzo y mayo de 2016 se entrevistó a cinco mujeres indígenas: dos en Valladolid y tres en Chichmilá, municipios de Yucatán. En las entrevistas se exploraron a profundidad los motivos por los cuales las participantes cambiaron –o conservaron– el modelo de atención a la salud durante el último embarazo, el parto y el puerperio. La edad de las mujeres entrevistadas oscila entre los 16 y los 36 años, y todas residen en su lugar de nacimiento. Una vive en unión libre y las demás están casadas. Dos estudiaron la primaria y tres la secundaria. Todas hablan el idioma maya yucateco.<sup>45</sup> Una era primigesta y las demás habían tenido de dos a cuatro embarazos. En el penúltimo evento obstétrico, a dos de ellas les practicaron cesárea en el hospital, y dos parieron en casa. Todas estaban afiliadas al Seguro Popular,<sup>46</sup> pero durante el control prenatal de su último embarazo acudieron de manera complementaria con distintos

◀ *Mamá-hijos  
multípara*, Gloria de  
los Ángeles Uicab  
Pool, 14 de marzo,  
2016, Tixcaltuyub,  
Yucatán.

<sup>45</sup> En Valladolid, 55.64 por ciento de la población es hablante de lengua indígena, y Chichmilá concentra 88.35 por ciento. Ambos municipios tienen un alto grado de marginación (CONAPO, 2015).

<sup>46</sup> En estos servicios, a todas las mujeres entrevistadas les aseguraron durante la atención prenatal que les practicarían cesárea.

prestadores de servicios de salud: públicos, privados y parteras tradicionales.

Las principales razones que las mujeres entrevistadas señalaron para rechazar la atención hospitalaria del parto se enumeran a continuación. En primer lugar se encuentra el temor a la cesárea y, tal como lo señaló una de ellas: "En el hospital, si ven que no te alivias, pues por obligación te tienen que hacer cesárea y pues no quería que me operen otra vez".<sup>47</sup> La intervención quirúrgica tiene consecuencias durante el puerperio: la cirugía implica que deban reposar un tiempo determinado para recuperarse y, en efecto, dejar de realizar sus actividades como madres, lo que las obliga a delegar sus responsabilidades. Esto es causa de preocupación especialmente cuando se trata del cuidado de los otros hijos. Una participante expresó:

Yo ya tengo dos hijas. Mi responsabilidad como yo ya lo estoy viendo es llevar a mi otra hija a la escuela y ella es más especial porque la tienes que llevar y traer [...] y digo "si voy a dejar esa responsabilidad [...]" por eso dije "quiero dar a luz para que así al momento yo pueda levantarme" porque [mis hijas] son mi responsabilidad.<sup>48</sup>

En segundo lugar, las mujeres embarazadas y parturientas perciben la falta de un trato adecuado y prioritario debido a la saturación de los hospitales. En este sentido, es esclarecedor el testimonio de una participante primigesta que acudió un par de veces al hospital más cercano a su localidad para atender sus complicaciones prenatales, y después de estas experiencias decidió parir en su casa:

No quise ir al hospital porque cuando fui a una revisión por un sangrado que tuve vi que a una señora [...] ya llevaba varios días allá y no la atendían y ya estaba por nacer su bebé [...] estaba sufriendo así y no la atendían. Por eso la sacaron del hospital por su esposo y pues eso me dio miedo. Y cuan-

<sup>47</sup> Addy, entrevista, mujer indígena, modelo de atención al parto, 2016, 5 de mayo, Chichimilá, Yucatán.

<sup>48</sup> Cristina, entrevista, mujer indígena, modelo de atención al parto, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

do fui por última vez al hospital iban a operar a una señora, así que ya estaba dando a luz y la prefirieron sacar para atender a un señor que se accidentó o algo así y pues no la atendieron. Fue cuando dije así que no quería ir, "qué tal si voy y a la hora de tener a mi bebé así me van a hacer".<sup>49</sup>

La tercera causa es la preocupación de las mujeres por la seguridad de sus bebés en el hospital. Una mujer apuntó: "¡Qué tal que me cambian a mi bebé!, por eso fue que no quise ir al hospital".<sup>50</sup> Otra mujer entrevistada explicó: "Cuando nació mi hija me llevaron para que yo la bañe [...] y vi que la doctora viró a mi hija y vi cómo golpeó su cabecita y empezó a llorar el bebé".<sup>51</sup>

En el hospital, sitio que resulta ajeno a las mujeres, se medicaliza un evento natural; las mujeres deben prescindir, además, de la presencia de sus familiares o de personas de confianza durante el trabajo de parto y el parto; es decir, están solas cuando necesitan cariño y apoyo. Una participante manifestó:

Cuando vas al hospital te dejan sufriendo y no te atienden [...] como que había más seguridad, más confianza [en mi casa]. Estás más cómoda en tu casa. Quería estar en mi casa con mi familia porque así, pues uno se siente más en confianza y el médico particular, pues deja que entre tu marido y así te sientes más apoyada. Y [los familiares] te ayudan bastante.<sup>52</sup>

Otra mujer refuerza esta opinión: "No me gusta ir allá en el hospital, más me gusta que me atiendan en mi casa".<sup>53</sup>

Las entrevistadas pudieron parir en su casa gracias a la disposición de un médico privado calificado que ha realizado esta labor en la región del oriente yucateco durante varias décadas. Este les brindó una atención adecuada a sus necesidades, pues fomentó que eligieran la posición que más les acomodara antes y durante el parto, y todas optaron por parir

<sup>49</sup> Noemí, entrevista, mujer indígena, 2016, 3 de mayo, Chichimilá, Yucatán.

<sup>50</sup> Cristina, entrevista, mujer indígena, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

<sup>51</sup> Addy, entrevista, mujer indígena, 2016, 5 de mayo, Chichimilá, Yucatán.

<sup>52</sup> Adriana, entrevista, mujer indígena, 2016, 15 de marzo, Valladolid, Yucatán.

<sup>53</sup> Mariana, entrevista, mujer indígena, 2016, 4 de mayo, Chichimilá, Yucatán.

acostadas en la hamaca. El médico permitió que los familiares estuvieran presentes y ayudaran a la mujer durante el parto. En estos casos las mujeres y sus familias pudieron sufragar los gastos de la atención,<sup>54</sup> pero esta opción es inviable para quienes carecen de los recursos económicos suficientes.

## Conclusiones y recomendaciones

En las representaciones de las mujeres entrevistadas, en el parto hospitalario no se garantiza su seguridad ni la de sus bebés. El parto en casa es, en cambio, un modelo de atención utilizado por un conjunto de mujeres indígenas que decidieron evitar una cesárea y recurrieron a un médico que les ofrece una atención adecuada a sus necesidades. Pero esta alternativa es accesible solo a cierto grupo de mujeres; quienes carecen de los recursos económicos suficientes o desconocen que hay en la región un médico que brinda esta atención, no pueden sino acudir a los servicios públicos de salud para parir a sus bebés, aun cuando compartan las representaciones y los miedos de las mujeres participantes en este estudio.

Es necesario que las causas de las cesáreas realizadas en los servicios de salud se revisen y justifiquen para evitarlas cuando sean innecesarias, pues esta práctica desalienta a la mujer indígena para optar por el parto intrahospitalario. El parto en casa atendido por personal calificado es, por su parte, una opción aceptable y de calidad para aquellas mujeres cuyo embarazo no presenta complicaciones.

<sup>54</sup> La mayoría de los esposos de las participantes trabajan en la Riviera Maya de Quintana Roo y acordaron con sus cónyuges que pagarían la atención del médico privado que cobra \$2 500 por parto.

## 1.8 La voz del personal y las usuarias de los servicios de salud: percepción y conocimiento sobre la partería profesional

*Sandra Treviño Siller, Dolores González Hernández, Jimena Fritz, Anabel Rojas, Pablo Martínez Garrido, Marisela Olvera García, Delia Flores Pimentel, Alejandra Montoya Rodríguez, Pablo Montero, Viridiana Gómez, Héctor Lamadrid Figueroa, Instituto Nacional de Salud Pública*





## Introducción

Si bien la mortalidad materna en México ha disminuido notablemente, se debe seguir trabajando para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular con los objetivos 3 y 5, considerando las condiciones locales de los servicios de salud en el marco de los determinantes sociales (OMS, 2009). Una de las estrategias aprobadas mundialmente (UNFPA, 2014) para reducir la mortalidad materna es la atención obstétrica brindada por personal calificado, que reconoce a la mujer como el centro de la atención y toma en cuenta sus necesidades personales (Wiysonge, 2009).

El presente artículo da a conocer los resultados de un diagnóstico cualitativo realizado con personal de salud del primer y el segundo nivel para la atención perinatal, así como con las usuarias de dichos servicios. El propósito de este diagnóstico es darle voz a la población y reunir los elementos necesarios para comprender las implicaciones de incorporar las prácticas de la Partería Profesional (PP) basadas en evidencia (así como a este personal) en el sistema de salud. Sobre la base de este estudio se diseñó un curso de capacitación dirigido al personal de salud, tomando en cuenta sus opiniones y necesidades. Para ello se identificaron tanto los beneficios esperados como las barreras y los retos que habría que afrontar en dicha incorporación. Se busca demostrar, así, la conveniencia de fortalecer el conocimiento y las habilidades de la PP entre el personal de salud en tres Redes de Atención seleccionadas (los hospitales generales y los centros de salud que refieren pacientes a estos hospitales) en dos estados del país: Morelos e Hidalgo. Los resultados sirvieron de insumos para definir el enfoque del curso de capacitación basado en la evidencia.

En cuanto a las usuarias, se pretendió comprender su conocimiento de la PP y averiguar su opinión sobre la posibilidad de que sus partos fueran atendidos por dicho personal. Se buscó también saber de la atención de sus partos previos y sobre las prácticas realizadas, o no, basadas en evidencia.

## Justificación

México cuenta con estudios que evalúan las prácticas de la PP. La evidencia confirma que estas prácticas se basan en los lineamientos de la buena práctica obstétrica (Walker y otros, 2012) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como que sus competencias para la atención del parto son incluso mayores que las del personal médico. Sin embargo, aún hace falta explorar las opiniones al respecto del personal de salud y las usuarias de los servicios de atención de la salud.

## Metodología

Se hizo un estudio cualitativo con la técnica de la entrevista semiestructurada para obtener información. Se hicieron 109 entrevistas (36 a personal hospitalario, 36 a personal de los centros de salud y 37 a usuarias), que se transcribieron y analizaron mediante matrices comparativas. Se hizo un análisis de contenido enfocado en las recurrencias de la información, así como en la explicación de las diferencias.

## Resultados

### *Percepción y necesidades del personal de salud*

Se hicieron 72 entrevistas al personal de salud. La mayoría a profesionales de la medicina (44 a especialistas, médicos generales, pasantes e internos, y 28 a prestadores de servicios de enfermería de nivel técnico, general y de obstetricia). En la red de Morelos todo el personal médico y la mayoría del personal de enfermería dijo tener alguna especialidad, mientras que en la unidad de Hidalgo solo hubo un especialista. La edad de las personas entrevistadas fluctuó entre los 18 y los 68 años, y su antigüedad en el puesto va de dos meses a 30 años.

En los hospitales, y sobre todo en los centros de salud, hubo una insistente mención a las deficiencias en la prestación de servicios: infraestructura insuficiente, falta de personal capacitado y demanda excesiva

de atención. No hay, por lo general, conocimiento de la PP: quién es el personal de la PP, cuáles son sus habilidades, cuáles sus competencias y qué papel pueden tener en los servicios. Parte del personal médico y de enfermería del segundo nivel de atención tiene un conocimiento relativo de la PP y sus prácticas, aunque las identifican con el parto humanizado, y no consideran que el personal de enfermería en obstetricia o perinatal sea “personal de PP”.

En el primero y el segundo nivel de atención hay confusión debido a que el concepto de PP se asocia con el de partería tradicional. En pocos casos se ha tenido experiencia de trabajo con parteras profesionales y la impresión es positiva. Sin embargo, debido a las condiciones estructurales y a los protocolos de las unidades de servicio, se considera casi imposible incorporar la totalidad de las prácticas de ese modelo. En la red de Hidalgo se observó una mayor apertura para incorporar la PP, posiblemente debido a la cercanía con las parteras tradicionales. De hecho, se considera que pueden sumarse al equipo de salud como responsables de la atención de los partos de bajo riesgo, incluso sin supervisión del personal médico. En Morelos, en ambos niveles de atención se coincide en señalar que el personal de PP puede ser de gran “apoyo” en el acompañamiento durante el parto y dando pláticas durante el embarazo, pero no las perciben como potenciales responsables de la atención del parto.

En ambas entidades se percibe como difícil introducir al personal de PP debido a las condiciones estructurales, la reglamentación y los protocolos de atención de los hospitales, pero se llega a pensar que algunas prácticas podrían adoptarse de manera inmediata, tales como: la hidratación por vía oral, el apego inmediato madre/recién nacido, el fomento de la lactancia materna inmediata, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y la valoración de la episiotomía.

En la red de Morelos se puso énfasis en que es indispensable modificar o ampliar la infraestructura actual, tanto en los hospitales como en los centros de salud. En la red de Hidalgo esto no se considera una barrera. En ambas entidades, particularmente en el segundo nivel, la actitud del personal se señala como el principal obstáculo por superar, y se resalta su dificultad para aceptar la integración de “otro personal”

sin sentir una invasión de su espacio, celos profesionales o desplazamiento en sus actividades.

### ***Percepción y necesidades de las usuarias***

Se entrevistó a 37 usuarias de los servicios: 16 en Hidalgo y 21 en Morelos. La media de edad fue de 26 años y la escolaridad promedio fue de secundaria/técnica. Solo seis de ellas tenían un empleo remunerado, 33 estaban casadas o dijeron vivir en unión libre, y 23 eran multíparas. Veintiocho tuvieron su parto por la vía vaginal y la mayoría contó con acompañamiento y apoyo familiar durante su embarazo y para el cuidado del bebé (madre o suegra, hermanas o cuñadas).

La mayoría de las usuarias vivieron su último parto con temor o ansiedad por las prácticas clínicas de rutina. Las excepciones fueron: una mujer que parió con partera tradicional o quienes pasaron un tiempo en las Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME). Ellas manifestaron que se les permitió caminar o tomar líquidos, y en ocasiones alimentos, y que estuvieron un tiempo acompañadas en el trabajo de parto, pero no durante el parto. Todas ellas recibieron atención prenatal, la mayoría desde el primer trimestre. Casi todas identificaron los signos de alarma durante el embarazo, así como aquellos que les indicaban que era “momento de ir al hospital”. Pocas consultaron a una partera tradicional durante el embarazo y las que lo hicieron fue para “acomodar” al bebé.

Casi ninguna de las entrevistadas tuvo problemas para ingresar al hospital al momento del parto, pero en cinco casos se presentaron situaciones por las que debieron parir en otro lugar (dos por rechazo, una porque no había quien la atendiera, una por complicaciones y otra porque tardaban mucho en ingresarla). Una de las mujeres rechazadas se atendió con una partera tradicional y la otra en servicios privados. A las primigestas no se les explicó en las consultas prenatales lo que iban a experimentar en el parto, y pocas asistieron a los Clubes de Embarazo.

No se identificó maltrato directo, pero sí se detectó en la atención de otras mujeres, y se considera habitual en los servicios públicos. La mayoría de las quejas se refirieron al maltrato o a la falta de apoyo del personal

de enfermería, que es con el que se tiene más contacto. Gran parte de las usuarias tuvieron gastos de bolsillo durante el embarazo, ya sea en ultrasonidos, medicamentos o consultas con parteras tradicionales. Algunas pagaron servicios privados para la atención del parto o una cesárea.

Solo algunas de las mujeres entrevistadas identificaron mala atención o sintieron que hubo personal mal capacitado durante la atención de su parto. En su mayoría no pudieron hacer sugerencias para mejorar la atención porque no tenían punto de comparación. Se identificaron pocas sugerencias para la mejora del trato, como: poder elegir la posición para parir, tener acompañamiento, recibir más información y mejorar los espacios para la atención. Hay poco reconocimiento de las parteras tradicionales en las comunidades (salvo en la red de Hidalgo). Ninguna conoce parteras profesionales, y las confunden con las tradicionales. Varias mujeres dijeron desconfiar de su capacidad para hacer frente a una emergencia o complicación.

## **Conclusiones y recomendaciones**

### ***Sobre el conocimiento de la PP***

Entre el personal de salud para la atención perinatal y en las usuarias de los servicios se identificó desconocimiento sobre la PP y sus prácticas. Ambos confunden la PP y la partería tradicional. Se desconfía de la capacidad de la partería tradicional para hacer frente a complicaciones del parto por el hecho de que no ejercen en un hospital y no cuentan con el apoyo de otros profesionales o con las condiciones adecuadas. Entre el personal de los hospitales y los centros de salud se identificaron algunas prácticas basadas en evidencia.

### ***Sobre la factibilidad de incorporar prácticas de PP***

La mayoría del personal de salud acepta la posibilidad de incorporar algunas de las prácticas de la PP, aunque consideran que el proceso tiene que ser gradual, y que se debe comenzar con que “ellos pueden modi-

ficar"; es decir, con aquellas que no implican cambios estructurales. Enfatizan la existencia de condiciones estructurales que no permiten algunas prácticas centrales del modelo de la PP, como: deambular durante el trabajo de parto, estar acompañadas durante el parto, elegir la posición para parir. Estas prácticas son importantes para las usuarias, sobre todo las dos últimas.

### ***Sobre las principales barreras para incorporar la PP***

Las principales barreras son estructurales: condiciones físicas, de espacio y de las rutinas hospitalarias que limitan o dificultan la inclusión de varias de las prácticas de la PP. Otras son de comportamiento y actitud: el ego profesional del personal de medicina, el sentimiento de invasión profesional del personal de enfermería, el desconocimiento del modelo de la PP y la desconfianza en la capacidad de las parteras profesionales.

### ***Sobre el diseño del curso***

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron diseñar un curso de capacitación dirigido al personal de salud involucrado en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, de acuerdo con sus necesidades y condiciones laborales, dentro de los mismos hospitales y centros de salud seleccionados en las tres redes de atención. El curso se llama AMBAR (Atención a la mujer y al recién nacido basada en evidencia), consta de tres módulos y tiene una duración de 40 horas. El curso está siendo evaluado, y dependiendo de los resultados será promovido para su difusión. Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a un mayor conocimiento de la percepción del personal de salud en torno al tema, así como para apoyar la mejora de la atención y la experiencia de las mujeres usuarias de las unidades de salud.

## Recomendaciones

De lo expuesto en este artículo se derivan las siguientes recomendaciones:

- Crear conciencia sobre el enfoque de la PP y promover la atención en partos de bajo riesgo.
- Crear conciencia en el personal de salud sobre la importancia de impartir cursos enfocados en la calidad y la calidez de la atención, y no solo en la atención clínica.
- Promocionar el modelo de PP como una contribución para reducir la muerte materna.
- Enfocarse en las ventajas que podría tener la inclusión de parte-ras profesionales en los servicios de salud.

## 2 Vinculación

### El marco legal en la atención del parto en México<sup>1</sup>

*Lucille C. Atkin*

*Kimberli Keith-Brown*

*Martha W. Rees*

*Paola Sesia*





El desarrollo de la partería en México tiene una larga historia, comenzando con la práctica ancestral de las parteras tradicionales en casi todo el país. A pesar de ello, hasta el día de hoy ni las parteras tradicionales ni las profesionales han tenido el debido reconocimiento, ni un espacio de actuación claramente definido dentro del sistema de salud.

En la actualidad, 96 por ciento de los partos en el país se atiende en los servicios institucionales de salud, la gran mayoría en hospitales. Esto ha provocado la sobresaturación de los servicios, que no siempre cuentan con el personal ni los recursos materiales y financieros suficientes para brindar una atención materna de calidad. El dar preferencia a la atención del parto en los hospitales ha conllevado el uso rutinario de prácticas obstétricas que no se basan en la evidencia, y a una medicalización excesiva. Por ejemplo, México ocupa el cuarto lugar en el mundo, y el segundo en América Latina, en la tasa de cesáreas, con un incremento de casi 50 por ciento en los últimos 15 años (INSP, 2012). El parto hospitalario se asocia, además, al maltrato de la mujer.

Está demostrado a nivel global que invertir en personal de partería competente, motivado y respaldado es una estrategia costo-efectiva para mejorar la calidad y la continuidad de la atención materna, y según el Informe sobre la Partería en México, 2014 (UNFPA/CIM/OMS, 2014), los proveedores calificados alcanzan a cubrir solo 61 por ciento de las necesidades en salud materno-neonatal. Por lo tanto, promover y potenciar la labor de las parteras profesionales<sup>2</sup> para que atiendan los partos eutócicos (que son la gran mayoría) en hospitales de primer nivel, básicos comunitarios o maternidades, dentro de un sistema de referencia seguro, oportuno y siempre disponible, es una estrategia por impulsar.

<sup>1</sup> Este texto es un fragmento del documento Partería en México (Atkin y otros, 2016), que resume los hallazgos en una línea de base sobre la situación de la partería profesional en México, realizado con el apoyo de Fundación MacArthur.

<sup>2</sup> En este documento el término *partera profesional* se refiere a las enfermeras-parteras, o sea, a las parteras técnicas, a las parteras autónomas, a las licenciadas en Enfermería y Obstetricia, a las licenciadas en Salud Sexual y Reproductiva y Partería Profesional y a las enfermeras especialistas perinatales que atienden partos, aunque estas últimas no se identifiquen con el término *parteras*. Nos referiremos a la partera en femenino, aunque reconocemos la existencia de parteros.

En abril de 2016 se aprobó una versión revisada de la Norma Oficial Mexicana 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la atención de la persona recién nacida (DOF, 2016). En ella se hace referencia específica de las parteras<sup>3</sup> como prestadoras de servicios calificadas para la atención del parto de bajo riesgo obstétrico y es de cumplimiento obligatorio a nivel federal para el personal de salud de los sectores público, social y privado.

Esta norma, junto con la aprobación, en 2011, de códigos laborales para la contratación de parteras técnicas,<sup>4</sup> supone un enorme logro hacia el reconocimiento de la partería. También la aprobación, en 2014, de la *Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*, del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (SSA/CENETEC, 2014), es otro ejemplo de las iniciativas para incorporar las prácticas basadas en la evidencia en la atención materna. Es necesario, sin embargo, integrar estos avances en un modelo nacional de partería, promoviendo las directrices operativas para instalarlo. La ausencia de un marco regulatorio específico de aplicación federal ha hecho que el desarrollo y la implantación de un modelo semejante dependa de iniciativas aisladas, que a menudo afrontan resistencias y son susceptibles a los cambios de gobierno, de liderazgo o de prioridades personales de las autoridades en turno. Es necesario armonizar y homologar todos los elementos del marco normativo y regulatorio de tal manera que haya lineamientos claros para una atención materna de calidad basada en la evidencia científica, que faciliten la implantación amplia de un modelo de partería en el sistema de salud y el establecimiento de una supervisión efectiva.

La línea de base constató una percepción positiva entre la mayoría de los funcionarios entrevistados de la SSA con respecto a la inclusión de las parteras profesionales, y su apertura para que ellas puedan atender partos de bajo riesgo en hospitales de primer nivel. Es fundamental, sin embargo, difundir y aplicar ampliamente la Norma 007 para mejorar la

◀ *Sebastiana Vázquez firma convenio con el IMSS, Juan Carlos Martínez Pérez, agosto 2016, Tenejapa, Chiapas.*

<sup>3</sup> La norma menciona específicamente a las enfermeras obstetras, a las parteras técnicas y a las parteras tradicionales capacitadas.

<sup>4</sup> En 2011 se aprobó la modificación al Catálogo sectorial de puestos (N. E.) para incluir un código de atención por parteras técnicas (Código M02117 Partera Técnica) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó la creación y el registro del puesto de partera técnica.

calidad de la atención materna y generar un mayor apoyo a la partería. Persiste la confusión entre la partera profesional y la tradicional, y las parteras técnicas no siempre son consideradas “profesionales”, ya que no tienen un grado universitario. A menudo se excluye a las parteras de la definición de “personal calificado”.

## Recomendaciones

Es necesario comprender cabalmente el papel de la partería profesional, quiénes son las parteras, cuáles son sus habilidades o competencias y qué pueden hacer en el marco de la atención de la salud materna. Este déficit de conocimiento de la figura de la partera y su valor añadido parece ser un obstáculo fundamental para la promoción de la partería profesional. De lo anteriormente expuesto se derivan las siguientes recomendaciones:

- Alcanzar un compromiso político de alto nivel para incorporar la partería en el sistema de salud mexicano con directrices claras para la implementación del mandato.
- Abogar por el reconocimiento generalizado de la partería como un componente clave de un modelo de atención materna basado en la evidencia científica y centrado en la mujer.
- Difundir información sobre las competencias de las parteras, los estándares de formación y los modelos exitosos de partería, para iniciar un diálogo y lograr consensos entre los diferentes actores y decisores, dado que no hay acuerdo sobre cuáles sean los modelos idóneos de partería.
- Involucrar a los medios de comunicación para dar visibilidad positiva al papel de las parteras profesionales en los servicios de salud materna y neonatal respetuosos y de calidad.

## 2.1 ¿Modelo de atención del parto con pertinencia cultural? El papel de las parteras tradicionales

*Ollinca Villanueva Hernández*  
*Graciela Freyermuth Enciso*



## Introducción

Si bien el parto es una experiencia estrictamente personal, los rasgos culturales compartidos conforman un marco de referencia común. En diversas regiones de Latinoamérica, la presencia de la partera tradicional, en cuanto “persona especial escogida para salvar vidas y reconocida como tal en la vida de la comunidad” (González-Guzmán, 2014:82), ilustra este hecho desde el momento en que se confirma el embarazo. Las condiciones adecuadas y deseables para la atención del parto han de conocerse, por consiguiente, en el carácter dinámico y totalizador de la cultura de cada pueblo.

La *Declaración de Alma Ata*, Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (OMS/OPS, 1978), así lo reconoce y enmarca la trascendencia de la medicina tradicional como riqueza local disponible para la población indígena. Claro ejemplo de ello es la partería tradicional. No obstante, el replanteamiento de la salud materna en la pasada década de los ochenta (Starrs, 1987), la relevancia de la atención de las urgencias obstétricas en la disminución de la muerte materna y el declive del paradigma del riesgo obstétrico<sup>5</sup> (UNFPA, 2004; SSA, 2009) han implicado el gradual desplazamiento de la partera en la atención obstétrica. La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) ha fomentado su marginación del sector salud (UNFPA, 2011), por considerar limitada su capacidad para atender urgencias obstétricas. Esta idea trasciende en los marcos normativos de los países latinoamericanos a pesar de que la partería tradicional continúa siendo una práctica vigente en muchos contextos. El caso de México es ilustrativo.

<sup>5</sup> El enfoque de riesgo definía a las mujeres como de alto y bajo riesgo materno de acuerdo con sus características demográficas y médicas. Este paradigma basaba la prevención de la muerte materna en la atención prenatal. Nuevos hallazgos llevaron a reconsiderar este enfoque y a plantear que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero susceptibles de tratarse, ya sea en términos de “emergencia obstétrica” o asegurando la atención por personal calificado durante el embarazo, el parto y 42 días después del parto. Esta nueva perspectiva marca la política de atención materna en el siglo XXI (AMDD, 2002).

## La partería tradicional en México, ¿patrimonio de la nación o práctica marginal?

A principios del siglo XXI, México adoptó la estrategia de atender todos los partos en hospitales para asegurar la atención de las emergencias, como uno de sus compromisos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Atkin y otros, 2016). Para finales de siglo se crearon programas de desarrollo social como PROGRESA –ahora PROSPERA–, de corresponsabilidad en el cuidado de la salud (particularmente de la salud materna); programas cuyo incumplimiento ocasiona la pérdida del estímulo económico que forma parte del paquete de beneficios. Por otro lado, la puesta en marcha del Seguro Popular posibilitó que para 2015 solamente 15 por ciento de la población indígena careciera de protección de la salud (INEGI, 2016). De esta manera, la partería tradicional en México se ha visto relegada a un lugar marginal, a pesar de que su relevancia cultural se confirma por el número de mujeres que continúan utilizando sus servicios.<sup>6</sup> Esto se contrapone al discurso reivindicativo de las reformas constitucionales mexicanas de las últimas décadas:<sup>7</sup> por un lado, se reconoce a las parteras tradicionales en las normas oficiales, y por el otro, las instituciones públicas de salud limitan su práctica.

El Reglamento Oficial en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica de la *Ley general de salud*, por ejemplo, reconoce a la partera tradicional como personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica<sup>8</sup> (Atkin y otros, 2016) –práctica regulada

<sup>6</sup> Chiapas es la entidad con el menor porcentaje de partos atendidos por médicos (69.7 contra 94.6 por ciento a nivel nacional) y con el mayor número de casos atendidos por parteras tradicionales o profesionales (26.9 contra 2.7 por ciento a nivel nacional) (INEGI y CONAPO, 2014).

<sup>7</sup> Con las reformas al Artículo 4º en 1992, se reconoce la diversidad cultural del país y se promulga la protección y promoción de las lenguas, las culturas, los usos, las costumbres, los recursos y las formas específicas de organización social de los pueblos indígenas (DOF, 1992). Para 2001, se asegura el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional (DOF, 2001).

<sup>8</sup> Según el catálogo sectorial de puestos, sus responsabilidades se limitan a atender a las comunidades rurales y urbanas en unidades de salud, fijas y móviles, del Sistema Nacional de Salud. Para ser candidatas al proceso de autorización, deben tener 10 años de experiencia como parteras tradicionales y ser reconocidas por la comunidad (SSA, 2011).

por la guía para su autorización<sup>9</sup> y se señala que “podrán prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población” (Art. 103), por ejemplo, “los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría” (Art. 110). La práctica de la partería tradicional se concibe como patrimonio cultural del país (CNDH, 2017) y al mismo tiempo se rige por la normativa de la Secretaría de Salud (SSA), que indica que las parteras no autorizadas serán sancionadas conforme al artículo 114 del Reglamento, aunque no se indica de qué forma. Semejante escenario dificulta el ejercicio de la partería, pues aunque no hay una prohibición explícita, tampoco hay facilidad alguna.

## Respuestas a las necesidades de las mujeres

A pesar de las iniciativas en favor de la universalización de los servicios, en las poblaciones indígenas persiste la sobremortalidad materna (Freyermuth y Luna, 2014). Las estadísticas son contundentes: 29 por ciento de las muertes maternas ocurre en poblaciones de menos de 2 500 habitantes (DGIS, 2002-2015). La necesidad de contar con estrategias efectivas para erradicar la muerte materna, por un lado, y la persistencia de las mujeres indígenas para atenderse con parteras, por el otro, impulsó a la SSA a adoptar el principio de pertinencia cultural para la atención de los partos. De acuerdo a Cueva Neptalí (2010) se define:

la construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de salud con las y los usuarios indígenas. Quienes plantean cómo quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creen-

<sup>9</sup> La *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional* expone que “El objetivo del proceso [de autorización] es brindar certeza jurídica a las parteras tradicionales que participan en las redes de servicios de salud tanto de la Secretaría de Salud como del IMSS Oportunidades, lo cual fortalece su labor, así como a las unidades y servicios de salud específicos donde ellas participan” (SSA, s/fb:7).

cias, entorno, necesidades y demandas (citado en UNFPA-PERÚ ET AL., 2011: 40).

Así, México propone el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro” (SSA, Ca. 2014). El parto humanizado implica “comprender que las mujeres deben ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién quieren parir, bajo la cobertura de los derechos humanos” (SSA, Ca. 2014:6); es decir, considerar que las mujeres decidan si quieren ser atendidas en casa y por partera, como ocurre en otros países latinoamericanos y europeos, lo cual no tendría por qué asociarse con estigmatización, exclusión y penalización por no cumplir con la normativa vigente.

El enfoque intercultural significa un esfuerzo por:

[...] erradicar las barreras culturales y de género que dificulten el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres del país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos [...] (SSA, Ca. 2014:6).

Noción que no deja del todo claro cuál es el papel de las parteras tradicionales en las instituciones de salud. Aunque las descripciones del procedimiento del parto con pertinencia cultural lo explican.

## Conclusión

Los procedimientos para atender el parto con un enfoque intercultural descritos en el modelo se limitan a la adecuación instrumental del parto vertical y a la relativa “inclusión” de las parteras como acompañantes en los procedimientos institucionales (SSA, Ca. 2014:6). Esto ilustra los problemas conceptuales y las contradicciones discursivas en torno a la



partería tradicional. La atención de partos con pertinencia cultural supone la construcción de plataformas de diálogo horizontal y efectivo que fomenten una relación de igualdad entre las parteras y el resto del personal, para así construir estrategias de atención coordinadas. En la práctica, esto está muy lejos de ocurrir. Las parteras son concebidas como sujetos que facilitan la incorporación de las mujeres indígenas a las instancias de salud oficiales (ISECH, 2016).

Estas contradicciones sugieren que la atención del parto con pertinencia cultural sigue siendo una asignatura pendiente, que debe resolverse conforme a las necesidades de las mujeres y respetando su cultura. Solo así la atención del parto podrá comenzar a ser efectivamente humanizada, intercultural y segura. Por otro lado, es necesario tener una claridad conceptual para identificar los retos pendientes en materia de atención de la salud materna.

## 2.2 La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería

*Dunia Verona Campos Rodríguez*

*Cristina Alonso Lord*



## Introducción

La Asociación Mexicana de Partería (AMP) se constituyó legalmente en junio de 2012 para proteger e impulsar la profesión de la partería en México. Desde su constitución, la AMP ha afirmado la importancia de incluir los diversos “tipos” de parteras<sup>10</sup> en el sistema de salud. La partería tradicional en México sigue ofreciendo servicios de salud, que van desde la atención del parto fuera del hospital hasta los masajes antes y después del parto para “acomodar al bebé” o para “acomodar la matriz”. Laako explica que:

se suele pensar en las parteras tradicionales como las que se identifican como indígenas. Sin embargo esta percepción puede resultar engañosa, pues aunque muchas parteras indígenas se identifiquen como tradicionales, esta es una categoría muy amplia y compleja debido a varios procesos simultáneos (Laako, 2016:172).

Desde principios del milenio, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), los programas globales de salud materna han modificado los planes de capacitación para las parteras tradicionales, para incluir desde la atención del parto limpio hasta la detección de complicaciones para su referencia a las instituciones de atención obstétrica (Bergstrom y Goodburn, 2000). Priorizan la formación de los proveedores de la salud, entre los que la partera profesional ocupa un lugar relevante, y la partera tradicional es integrada en una red obstétrica de referencia y protección de la mujer embarazada.

Pero en México, la puesta en marcha del modelo de partería recomendado por la Confederación Internacional de Matronas (CIM)<sup>11</sup>, que integra a la partera profesional en el sistema de salud como proveedora de nivel medio, ha sido compleja y reducida. Pocos son los casos en que parteras profesionales (parteras técnicas y licenciadas en enfermería

<sup>10</sup> [www.asociacionmexicanadeparteria.org](http://www.asociacionmexicanadeparteria.org)

<sup>11</sup> [www.internationalconfederationofmidwives.org](http://www.internationalconfederationofmidwives.org)

obstétrica y perinatal) proveen servicios conforme a dicho modelo; es decir, de manera autónoma e integrada a los servicios de salud, lo cual va a contracorriente de las recomendaciones de la OMS, pues se sigue invitando a la mujer a acudir a los servicios de salud “por su bien”, pero en esos servicios suele ser atendida por un médico interno o general, poco capacitado para brindar atención obstétrica (Villanueva y Schiavon, 2013; Lazcano y otros, 2013).

## Justificación

En los últimos años, la información mediática ha enfocado la saturación de los servicios de salud, el bajo nivel de calidad de la atención y la irresponsabilidad de las propias mujeres que no acuden a los servicios de salud, aunque no lo hacen porque están saturados, porque no les son culturalmente familiares y porque ahí son regañadas y amenazadas: “Si la madre no pone de su parte y no hace lo que le toca, pues perdón, pero el resultado no va a ser bueno” (Méndez, 2017).

Cuando la mujer indígena embarazada acude en compañía de la partera tradicional al sistema de salud, ambas quedan atrapadas en un espacio inhóspito, obligadas a visitarlo. Por un lado, hay cada vez más información pública sobre el riesgo de que se atente contra su derecho a acudir a una institución de salud, y por el otro, hay una coerción implícita para que se atienda en el hospital, so pena de que se le retire el apoyo económico u otro (Argüello y Mateo, 2014). Las parteras atienden cada vez menos partos, ya sea porque temen que se presente alguna complicación, o por el rechazo de la sociedad que las percibe como un peligro. En 2014, 15 000 parteras atendieron 30 000 partos, es decir, apenas dos por partera en un año (Berrío, 2015).

El objetivo de este artículo es presentar la experiencia de acercamiento de la AMP a grupos de parteras tradicionales de cuatro estados de la República Mexicana en el transcurso de 2016.

◀ Cristina Alonso Lord, 2013, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

## La protección y el reconocimiento de la partería tradicional

La AMP se suma a otros grupos locales en el afán de proteger la partería tradicional como parte del abanico de servicios necesarios en un país pluricultural y multiétnico, donde para la mayoría de mujeres indígenas el acceso a la educación formal en partería es complejo o imposible. La AMP desarrolló, así, una línea de trabajo para integrar a las parteras tradicionales en el sistema de salud, en cuanto agentes de salud comunitaria, sin que tengan que afrontar la habitual discriminación, violencia e injusticia social (Campos, 2016). El proyecto se desarrolló en los estados de Michoacán, Morelos, Chiapas y Guerrero. El contacto –y la ulterior vinculación– con las parteras tradicionales se hizo por medio de redes de organizaciones de la sociedad civil y una escuela de partería. En cada estado participaron entre siete y 30 parteras. Para conocer y evaluar los problemas y las circunstancias que afrontan en sus localidades, se recurrió al intercambio de experiencias.

### Metodología

En 2016 se llevaron a cabo cinco reuniones de vinculación comunitaria (tabla 1.2.2). Ahí se organizaron grupos focales con las parteras tradicionales para darles a conocer el trabajo de la AMP y que ellas informaran de las dificultades que afrontan en su práctica cotidiana. Se les impartió un taller de autocuidado para que contaran con un espacio de liberación emocional e intercambio de sentires respecto a su labor en sus comunidades y su vinculación con el sector salud. A continuación se describen los resultados de los grupos focales según la voz de las parteras mismas. Lo expresado en los grupos focales se grabó y transcribió, y las autoras analizaron los resultados.

**TABLA 1.2.2 REUNIONES DE VINCULACIÓN COMUNITARIA, 2016**

LUGAR	FECHA	ASISTENCIA	
		PARTERAS	INTÉRPRETE
Erongáricuaro, Michoacán	26 de febrero	6	1
Jiutepec, Morelos	6 de junio	28	
Comitán, Chiapas	13 de junio	8	
	11 de septiembre	11	
Tlapa, Guerrero	18 de junio	6	1*

\*Estudiante de partería

## Michoacán

Las parteras del grupo reunido en Michoacán reportaron que desde que se fundó el Seguro Popular, en 2003, atienden muy pocos partos (menos de uno al mes); sus servicios se limitan prácticamente a las sobadas o el acomodo del bebé. Y en caso de atender un parto, se les obstaculiza o se les niega el trámite del certificado de nacimiento.<sup>12</sup> Al mismo tiempo, la comunidad les exige que atiendan a las familias, aun cuando no siempre pueden pagarles. Las parteras reconocieron que contar con redes de acompañamiento y apoyo les facilitaría los procesos de negociación con las instituciones del sector salud.

<sup>12</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 26 de febrero, Erongáricuaro, Michoacán.

## Morelos

Las parteras del grupo reunido en Morelos reportaron que los médicos de la Secretaría de Salud (ssa) les advierten que van a terminar en la cárcel si se atreven a atender partos, pero ellos mismos las regañan si se niegan a atender a mujeres que lo solicitan cuando están a punto de parir.<sup>13</sup> La ssa les entrega un “Registro de actividades de la partera tradicional certificada” que deben llenar con los datos de cada mujer embarazada que revisan, y devolverlo periódicamente; si no lo hacen pierden la certificación. Cuando atienden partos en casa deben reportarlos de inmediato a la ssa. Están obligadas también a tomar cursos de capacitación impartidos por médicos de la ssa, en los que les enseñan a atender el parto de una manera profesional, limpia y segura. Sin embargo, el personal de salud les dice a las mujeres que su vida y la de sus bebés peligran en manos de las parteras.<sup>14</sup>

Las parteras dijeron sentirse usadas por el gobierno que, por ejemplo, las invita a eventos políticos y luego se olvida de ellas. Expresaron estar cansadas y molestas porque en los hechos y en la vida cotidiana son ignoradas, si no amenazadas. Las coordinadoras del programa de partería de la Escuela de la Cruz Roja ofrecieron darles facilidades para ingresar a la escuela y acatar las normas de la jurisdicción. Aun cuando las parteras de Morelos constituyen una organización formal y han trabajado juntas para proteger y fortalecer al gremio, necesitan contar con redes de apoyo y acompañamiento para tramitar los certificados de nacimiento. Han buscado contrarrestar el estigma impuesto a la partería y alentar a las mujeres para abatir el temor de que las atiendan, y para que su trabajo se respete y su saber prevalezca.

<sup>13</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 6 de junio, Jiutepec, Morelos.

<sup>14</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 6 de junio, Jiutepec, Morelos.

## Chiapas

Las parteras del grupo reunido en Chiapas comentaron que la atención que brindan a las mujeres embarazadas consiste sobre todo en el acomodo del bebé y las sobadas. Cuando trasladan a una mujer al hospital debido a alguna complicación, son maltratadas por el personal médico, que las culpa de haber provocado la condición de la paciente, y le infunden miedo a las mujeres y a sus familiares, y a estos los inculpan por haber acudido con una partera. Las parteras no pueden ingresar al hospital con las mujeres que trasladan ni dar información de lo ocurrido porque no las oyen, si no es que las corren de inmediato.<sup>15</sup>

Las parteras de Chiapas están de acuerdo en que la capacitación y la unión las va a fortalecer y a proteger. Expresaron, sin embargo, que el sector salud no valora su saber ni su trabajo porque cuando las citan para recibir capacitación, el personal no llega. Y si bien tienen algunas redes de apoyo y colaboración con médicos, consideran que hay una predisposición negativa hacia ellas. El personal médico fomenta que las mujeres acudan a las parteras para el acomodo del bebé, pero que no dejen que las atiendan en el parto, y les condicionan o les niegan el certificado de nacimiento.<sup>16</sup> Las parteras de Chiapas reconocen la necesidad de crear redes para defender y promover la partería, para que el gobierno y las instituciones de salud pongan en alto a las parteras y su labor. Reconocen también que la capacitación les proporciona herramientas para sostener la lucha por la partería.

## Guerrero

También en Guerrero la partería ha disminuido desde que se creó el Seguro Popular. Las mujeres no quieren que las atiendan las parteras porque consideran que el hospital es mejor, pero sí las buscan para que les acomoden al bebé.<sup>17</sup> En sus comunidades son apreciadas y reciben

<sup>15</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 11 de septiembre, Comitán, Chiapas.

<sup>16</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 11 de septiembre, Comitán, Chiapas.

<sup>17</sup> Parteras tradicionales, grupo focal, 2016, 13 de junio, Tlapa, Guerrero.



remuneración en especie por la atención que brindan, como comida, refresco o una bolsa de jabón. Dijeron estar preocupas porque sus hijas o nietas no muestran interés por continuar la tradición y creen que este saber ancestral está por desaparecer. Quisieran contar con redes de apoyo y acompañamiento para tramitar el certificado de nacimiento, con un documento que las acredite como parteras.

## Estado actual de la partería tradicional

Hay agrupaciones de “partería tradicional” que trabajan para fortalecer el gremio, y han ido aprendiendo a vincularse con otros actores en la atención de la salud materna, ya sea para protegerse o para buscar su reconocimiento. Hay también parteras que ejercen de manera independiente y gozan del reconocimiento de su comunidad.

En esta diversidad, todas se asumen como parteras tradicionales, pero no todas se sienten reconocidas ni todas están certificadas. Hay las que están convencidas de que su saber les fue otorgado por Dios y se transmite por linaje, y las que piensan que solo con la capacitación y la actualización pueden llegar a ser mejores parteras y contribuir a que la partería se fortalezca y prevalezca. Aunque sus circunstancias difieren según su contexto, tienen en común padecer la triple discriminación por ser mujeres, indígenas y parteras.

## Conclusiones

El intercambio de experiencias crea un espacio de reconocimiento que contribuye a fortalecer a las parteras como gremio y su valoración como agentes de salud comunitaria. Las parteras que se reunieron en este proyecto tuvieron la oportunidad de agradecerse entre ellas sus aportaciones a la comunidad, y de dedicar tiempo a una introspección liberadora del dolor producto de la violencia y la discriminación que sufren. Si bien fue posible darles a conocer la labor de la AMP y poner sobre la mesa la necesidad de trabajar en conjunto para fortalecer la partería en México,

se requiere que haya más oportunidades de diálogo e intercambio para generar confianza e interés entre las parteras tradicionales, a fin de que se integren activamente en la Asociación. Un logro significativo fue que la mayoría de las que participaron en estas reuniones de vinculación asistieron al 4º Foro Anual realizado en noviembre de 2016 en la Ciudad de México, donde compartieron saberes con otras parteras y recibieron capacitación.

La AMP es la única organización de Latinoamérica miembro de la ICM que integra la partería tradicional sobre la base de los derechos humanos, en particular el de la autodeterminación de los pueblos indígenas y el de la inclusión (AMP, 2015). En otros países de Latinoamérica, las asociaciones miembros de la ICM agrupan a parteras profesionales que hayan completado un programa de estudios válido y formal conforme a la regulación de la profesión de la partería (OPS, 2016). Habría que explorar de qué manera la estrategia de profesionalización de la partería puede incluir a las parteras tradicionales como aliadas e integrarlas en las redes de proveedores de atención del proceso reproductivo, para no repetir patrones de exclusión de mujeres vulnerables y políticamente ignoradas. La AMP y el sistema de salud necesitan la participación activa y democrática de las parteras tradicionales en proyectos de certificación y educación para impulsar una partería diversa e incluyente.



## 2.3 Participación comunitaria en la atención de la salud. Grupo de parteras tradicionales de Carmen Yalchuch, Chiapas

*Cecilia Guadalupe Acero Vidal*

*Irazú Gómez García*

*Herlinda Pérez Ara*



## Introducción

Este artículo aborda la experiencia de participación comunitaria de parteras tradicionales de Carmen Yalchuch, Huixtán, ubicado en la región los Altos de Chiapas, a partir de su incorporación, en 2016, al Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMYC). Y se muestra cómo el financiamiento obtenido a través de dicho programa se ha destinado de forma autogestiva a la organización de actividades para fortalecer la partería tradicional, y a la creación de un espacio para la atención de la salud reproductiva, sin intermediarios ni tutelaje institucional. Se describen al detalle, asimismo, las acciones de las parteras en beneficio de su comunidad (Bronfman y Gleizer, 1994), y se comenta cómo se integró un elemento clave de autogestión en esta participación comunitaria, que les permitió decidir, de acuerdo con los intereses de las integrantes, sobre la ampliación de sus conocimientos.

## Justificación

Al tomar en cuenta los obstáculos que afrontan las parteras tradicionales, así como las dinámicas y los resultados que se describen a continuación, se aportan datos sobre la carencia de recursos materiales, la ausencia de una relación adecuada de las parteras con los servicios de salud, y la complementariedad terapéutica de la partería con la medicina institucional. El análisis de cada uno de estos temas contribuye a la comprensión del estado actual de la partería en la región.

Para los fines de este proyecto –y adoptando la perspectiva de la antropología–, situamos el lugar de las parteras en el marco teórico de la filosofía de la acción. Marco en que el campo de lo social se considera como un espacio dinámico-relacional donde los sujetos actúan conforme a sus medios y sus fines, utilizando recursos del capital simbólico, cultural o económico para influir en la transformación de las estructuras sociales (Bourdieu, 1997). En este sentido, las parteras tradicionales aprovecharon su capital simbólico –como parte de una comunidad indígena– para obtener recursos que les permitieron fortalecer su práctica, lo que

demuestra la existencia de intereses colectivos de organización orientados a transformar el contexto de la salud comunitaria.

## Proyecto *Yilel Antsetik*

El colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik* ('Quienes reciben una nueva vida') surgió a principios de 2008 con el objetivo de intercambiar experiencias entre seis parteras de la comunidad Carmen Yalchuch, Huixtán.<sup>18</sup> Las seis son originarias de esta localidad y tienen entre 56 y 75 años de edad. Cinco de ellas llevan más de 10 años practicando la partería, y la sexta, la más joven—de 27 años—, está en proceso de aprendizaje para convertirse en partera. Ella es egresada de la licenciatura de Lengua y Cultura, de la Universidad Intercultural de Chiapas, campus San Cristóbal de Las Casas, y coautora del presente artículo.<sup>19</sup>

En 2010, el colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik* comenzó a solicitar apoyo a instancias de salud para fortalecer su práctica. En 2012, la Secretaría de Salud (SSA) les impartió algunos cursos de capacitación. Dos años más tarde, las parteras del colectivo fueron convocadas nuevamente por la SSA para tomar un curso de capacitación y recibir un maletín con guantes, algodón, gasas y tijeras, pero en esa ocasión la mayoría de las parteras no pudieron asistir por falta de recursos económicos. Ante la débil respuesta de las instituciones de salud, las parteras decidieron gestionar recursos en otros ámbitos. El proyecto *Yilel Antsetik* ('Cuidado y atención de la mujer') respondió a la convocatoria del Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMYC) 2015, del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta). Se trataba de una iniciativa de financiamiento a portadores de la cultura popular interesados en salvaguardar expresiones culturales comunitarias.

◀ *Colectivo Tam yach'il kuxlejaletik*, Miguel Ángel Urbina Pérez, 7 de diciembre, 2016, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

<sup>18</sup> La localidad rural Carmen Yalchuch se localiza a una hora de Huixtán, la cabecera municipal. Tiene una población aproximada de 1 200 habitantes y 158 hogares. La lengua originaria es el tseltal.

<sup>19</sup> La labor de las dos coautoras restantes fue acompañar el proceso autogestivo del colectivo, a petición de las mismas parteras. Su trabajo fue externo y no se involucraron en la toma de decisiones.

La tabla 1.2.3 describe, de manera resumida, el objetivo y el desarrollo del proyecto, así como la distribución de su presupuesto.

El presupuesto solicitado por el colectivo fue autorizado en 2016. Su objetivo principal era preservar la práctica de la partería tradicional generando las condiciones necesarias para que las parteras de la localidad de Carmen Yalchuch tuvieran un espacio para compartir experiencias y conocimientos. Un espacio donde, además, brindarían atención a las mujeres que lo desearan, y donde ellas mismas pudieran preparar a las ayudantes que más tarde se convertirían en parteras.

En este espacio se realizan actividades para fortalecer la partería tradicional. Se busca con ello robustecer el papel activo de las parteras para resolver problemas, e informar de las necesidades que enfrentan, tales como las relativas a su interrelación con el modelo médico institucional de la salud. En este sentido, las parteras manifestaron interés en aprender a utilizar instrumentos médicos de medición indirecta, como el termómetro y el baumanómetro, que les presentaron en cursos de capacitación del sector salud, pero no les enseñaron a utilizarlos. Desde su perspectiva, este interés no significa que quieran sustituir los recursos de la partería tradicional, sino que buscan fortalecer sus herramientas de trabajo:

Los materiales (termómetro, baumanómetro) nos sirven mucho, nos gustaría aprender, no porque no sepamos, sino porque en la actualidad se están presentando nuevas cosas, y es importante saber eso para evitar algún tipo de problema en el parto.<sup>20</sup>

Además de las sesiones de intercambio de conocimientos con parteras de otras comunidades, las integrantes del colectivo solicitaron sesiones con enfermeras y promotores de la salud. De lo aprendido en cada sesión, se elaboró un texto útil como material de apoyo a la práctica de futuras generaciones de parteras del colectivo. Estas reuniones se realizaron en el patio de la casa de una de ellas. Otra actividad del proyecto fue la creación de un huerto para cultivar y procesar plantas medicinales. El

<sup>20</sup> Antonia, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

**TABLA 1.2.3 OBJETIVO, ACTIVIDADES, PRESUPUESTO. PROYECTO YILEL ANTSETIK, CHIAPAS, 2016**

OBJETIVO	La conservación y la continuidad de la práctica de la partería tradicional mediante la generación de las condiciones necesarias para que las parteras de la localidad de Carmen Yalchuch, en el municipio de Huixtán, tengan un espacio para compartir experiencias y conocimientos, e implementar un área para producir instrumentos de trabajo, los cuales provienen de las plantas medicinales, y preparar a las siguientes generaciones de parteras				
ACTIVIDADES	Sesiones para organizar los encuentros	Seis sesiones para el intercambio de saberes	Tres encuentros con otras parteras para intercambiar conocimientos	Sistema de cultivo	Memoria de los encuentros
PRESUPUESTO \$47 757	Material de papelería para las reuniones y capacitaciones	Material para el acondicionamiento del espacio para los encuentros	Sistema de cultivo	Limpieza y acondicionamiento del sistema de cultivo	Compra de materiales para la siembra
	\$2 000	\$4 950	\$1 500	\$10 250	\$10 173
	Transporte y alimentación para quienes den la capacitación	Alimentos y bebidas para los encuentros y la capacitación		Material para la práctica de la partería capacitaciones	Impresión de la memoria de los encuentros
	\$4 000	\$2 000		\$4 060	\$8 724

huerto satisface una de las principales necesidades de la partería, porque las condiciones climáticas no son idóneas para el cultivo de algunas plantas. Pero con la implantación de este sistema ha sido posible producir insumos y ahorrar tiempo y dinero en la obtención de material necesario para brindar atención a las mujeres.

Con este proyecto esperamos contar con la siembra de plantas, porque va a ser de mucha utilidad para nosotras, más porque hay temporadas en las que no se consiguen, va ser de mucha ayuda para nosotras.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Carmen, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.



## Experiencia de intervención en el proyecto

La primera reunión a la que fuimos convocadas como integrantes externas del colectivo tuvo por objeto conocernos. Las parteras se mostraron interesadas en oírnos y comprender las razones por las que aceptamos trabajar con ellas. Para ello fue clave la colaboración de Herlinda, partera aprendiz, quien desde entonces participa como traductora. Una vez que las parteras nos aceptaron como integrantes de apoyo, se organizó una segunda reunión en la que el colectivo decidió hacer una lista de materiales para apoyar su práctica, tales como guantes, cubrebocas, gasas, alcohol, algodón, pañales para adulto, vendas para bebé, toallas, termómetro, baumanómetro, lámpara de mano, impermeable y una maleta para llevar la herramienta de trabajo. En esa reunión, las parteras expusieron aspectos importantes de su relación con los servicios de salud de la zona:

Anteriormente, el doctor que trabajaba en la clínica nos atendía muy bien. Siempre estaba muy atento en lo que nosotras como parteras necesitábamos, así como nuestros materiales de trabajo. Pero tiempo después se ha venido cambiando. Ahora, pues hay poco apoyo para nosotros [...]. A veces los que trabajan en la clínica nos tratan como si no supiéramos hacer bien nuestro trabajo. Hasta un doctor nos decía que cuando la mujer comience con dolores la mandáramos inmediatamente a San Cristóbal (Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas) para evitar la muerte materna, pero aquí no se nos ha muerto nadie porque sabemos cómo atenderlas.<sup>22</sup>

Doña Antonia se expresa con seguridad sobre su práctica como partera al indicar que más allá de la perspectiva de algunos médicos, las parteras tradicionales saben atender a las mujeres. Esta fortaleza se refleja en su interés por formar a sus ayudantes. Cada partera ha seleccionado a alguna nuera, hija o nieta que será responsable de continuar su labor.

Sobre la vinculación con los servicios de salud, las parteras también tienen una postura clara:

<sup>22</sup> Antonia, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach' il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

Nos gustaría que nos dieran más explicación de cómo usar cosas, porque así como nosotras que estamos en la comunidad no nos enteramos qué pasa allá afuera. Pero nos gustaría que no menosprecien nuestro trabajo, que valoren nuestro conocimiento porque hay ocasiones en el que a las parteras les echan la culpa de que alguna mujer tenga algún tipo de problema en el parto, y dicen que es porque nosotras no sabemos.<sup>23</sup>

## Resultados del proyecto

El proyecto *Yílel Antsetik* está en marcha. Hasta el momento se han realizado tres reuniones de aprendizaje, actividades relacionadas con la preparación del huerto de plantas medicinales, así como la compra y entrega del material solicitado por las parteras. A continuación se citan algunas opiniones sobre el trabajo realizado: "Este proyecto (PACMYC) vino a fortalecernos más como grupo porque es bonito, así podemos compartir muchas cosas y fortalecernos más como parteras".<sup>24</sup> "Hemos platicado con las demás parteras y después nos gustaría hacer juntas nuestras propias pomadas".<sup>25</sup> "Reunirnos entre parteras ha sido bueno, podemos saber qué plantas utiliza cada uno y ver también cómo se utilizan materiales".<sup>26</sup>

## Conclusiones

La experiencia de trabajo revela algunos de los principales problemas que enfrentan las parteras tradicionales en la región, entre los que se cuentan la carencia de recursos materiales y la falta de una relación

<sup>23</sup> Carmen, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

<sup>24</sup> Carmen, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

<sup>25</sup> Esperanza, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

<sup>26</sup> Isabel, entrevista, partera integrante de colectivo *Tam yach'il kuxlejaletik*, 2016, octubre, Carmen Yalchuch, Huixtán, Chiapas.

adecuada con los servicios públicos de salud. Como respuesta, las propias parteras buscaron recursos financieros para solucionar su problema de abastecimiento y organizar un espacio de atención y colaboración colectiva. En la integración de recursos para fortalecer su práctica, las parteras propusieron una complementariedad terapéutica con la medicina institucional, y la libertad de gestión les permitió decidir hasta qué punto llevarla. Consideramos que esta experiencia permite reflexionar sobre el desarrollo de programas de acompañamiento que, lejos de tutelarlas en una relación jerárquica, les permitan crear alternativas de trabajo propias.

Destacamos, finalmente, la persistencia de actitudes discriminatorias que afectan la relación de las parteras tradicionales con los servicios de salud pública. En este sentido, la recomendación está en impartir cursos de capacitación al personal de salud para dar lugar a condiciones de trabajo apropiadas en la zona.

## 2.4 Propuesta para la inclusión de las parteras tradicionales en el primer nivel de atención: el caso de Atoyac de Álvarez, Guerrero

*Lizeth Nayeli Rodríguez Flores*

*Susana Oviedo Bautista*



## Introducción

En el 2011, la asociación civil Comunidad Raíz Zulia (CRZ),<sup>27</sup> en colaboración con diversas organizaciones sociales del municipio de Atoyac de Álvarez, conformaron la Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero (Redesam)<sup>28</sup> como un espacio de interlocución para monitorear la atención de la salud de las mujeres e incidir en la mejora de las políticas públicas al respecto. La Redesam se articuló con la Jurisdicción Sanitaria 05 de la Secretaría de Salud Guerrero (SSA-Gro), las regidurías de participación social de la mujer y de desarrollo rural, la delegación regional de la Secretaría de la Mujer (Semujer), así como con parteras, promotoras de la salud y organizaciones del municipio, lo que permitió resolver diversos problemas asociados con la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud para las mujeres.<sup>29</sup>

Por medio de los proyectos La Importancia de la Luciérnaga en la Ecuación (CRZ, 2013) y Luciérnagas Comunitarias (CRZ, 2015), financiados por la asociación civil Semillas y la Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, la CRZ amplió el diálogo de acercamiento entre 30 parteras tradicionales y el sector salud, vinculó a 10 parteras con jóvenes de seis comunidades, que se capacitaron en los temas de los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las mujeres, las causas para la interrupción legal del embarazo y la violencia de género, entre otros.

Desde 2006, la CRZ observa centros de salud y de urgencias obstétricas en los hospitales (2011),<sup>30</sup> en particular en las regiones de Costa Grande y Centro de Guerrero. A partir de los resultados obtenidos, diseñó

<sup>27</sup> Asociación civil feminista dedicada a promover la participación proactiva desde el ejercicio del derecho a saber y la incidencia en las políticas públicas de salud, particularmente, la salud de las mujeres.

<sup>28</sup> Se integró por las organizaciones: Colectivo de Mujeres Campesinas, Comunidad Raíz Zulia, Frente de Defensa Popular, Madres Solteras por el Avance Social y Organización Campesina de la Sierra del Sur.

<sup>29</sup> Se denunció: maltrato en los servicios de salud, desabasto de medicamentos, necesidades de las parteras y la problemática en las comunidades. También se dictaron conferencias de prensa conjuntas para la gestión de la infraestructura y el presupuesto en materia de salud reproductiva.

<sup>30</sup> Proyecto coordinado por la doctora Graciela Freyermuth, que consistió en aplicar una cédula de entrevista a los responsables de los hospitales y las áreas relacionadas con la atención obstétrica. Incluyó cuatro indicadores y 15 variables.

la propuesta de un “Modelo de atención integral de salud comunitaria” para los denominados Centros de Salud Vivos (CRZ, 2015), que se presentó ante las autoridades de la Jurisdicción de la Costa Grande. El modelo tiene por objeto “contribuir a mejorar el cuidado de la salud comunitaria a través de reconocerse como un todo, con sus propias capacidades de sanación, propiciando cambios o mejoras en todas las dimensiones de su ser” (CRZ, 2015:17).<sup>31</sup> Y se aplicó en una prueba piloto en la localidad El Camarón, del municipio de Atoyac de Álvarez. El diseño del modelo se sustenta en el método de investigación científica mixta, que incluye la revisión de informes oficiales y propuestas de salud con pertinencia cultural, la elaboración de un diagnóstico participativo con parteras, grupos focales, entrevistas abiertas a actores sociales clave, y la observación ciudadana de los programas y servicios públicos de salud (Informes elaborados por la CRZ).

## Planteamiento del problema

Guerrero es un estado rural pluricultural con niveles muy bajos de desarrollo humano y los índices más altos de mortalidad materna en el país. Tan solo entre 2002 y 2015 hubo 881 fallecimientos por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.<sup>32</sup> Los índices de mortalidad neonatal registran alrededor de 500 fallecimientos al año. En 2014, por ejemplo, hubo 525.<sup>33</sup>

De acuerdo con la Coalición por la Salud de las Mujeres (Cervantes, 2008) y los resultados de la observación ciudadana realizada por la CRZ, algunos de los problemas de los servicios estatales de salud en Guerrero son: su saturación (que conlleva una atención obstétrica deficiente que da lugar a partos fortuitos afuera de los hospitales por la falta de camas);

◀ *Parteras de Casa de la Partera y personal de salud, Carmelita Herrera Torres, marzo 2010, Hospital de las Culturas, fundadoras del área de medicina tradicional.*

<sup>31</sup> Modelo propuesto por la CRZ y comentado con las organizaciones y las parteras de Atoyac, y las autoridades de la región.

<sup>32</sup> Cubos dinámicos de información, Dirección General de Información en Salud (DGIS-SSA). Base de datos de muerte materna 2002-2015, consultado en línea: < pda.salud.gob.mx/cubos//>.

<sup>33</sup> Respuesta a la solicitud de información 00115516 del 26 de junio de 2016.

el desabasto de insumos y medicamentos para la atención del parto y las emergencias obstétricas; la falta de infraestructura básica y de personal calificado las 24 horas, así como la falta de diagnósticos oportunos durante el control prenatal, y la ausencia de intérpretes bilingües en las zonas con población indígena que no habla español.

No hay políticas para la adecuación intercultural de los servicios de salud, por lo que tampoco se reconocen los derechos relativos al ciclo reproductivo de la mujer (Castro y Erviti, 2014:39). Persiste la exclusión de la participación de la comunidad, y no se aceptan las graves repercusiones de desplazar la labor de las parteras tradicionales (Argüello y Mateo, 2014:15-17). Las políticas neoliberales en salud de la pasada década de los noventa en México dieron lugar a que los servicios a la población se mercantizaran y a que se abusara de la medicalización del parto, lo que evidenció un antiguo problema estructural en el modelo hegemónico de la salud, que no considera las necesidades específicas de cada región.

## Justificación

El trabajo de las parteras tradicionales es un factor clave para la salud de las comunidades rurales, indígenas y campesinas. A pesar de ser estigmatizadas, discriminadas y excluidas, siguen siendo la mejor opción de atención para muchas mujeres de localidades alejadas de los hospitales. Guerrero ocupa el segundo lugar nacional en la atención de partos por parteras. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), 84.1 por ciento de los partos registrados en 2014 en el estado fueron atendidos por un médico; 9.3 por ciento, por una partera; 3.3 por ciento, por una enfermera, una auxiliar o una promotora de salud, y 3.3 por ciento por ellas mismas u otro. En las zonas rurales, la atención de las parteras se duplica, es decir, participan en dos de cada 10 partos, y en las zonas indígenas en al menos cuatro de cada 10 partos.

Un censo de parteras realizado por la SSA-Gro en 2013<sup>34</sup> reportó un total de 1 871 parteras en el estado. De ellas, 89 estaban en la Costa Grande y 52 en Atoyac. El censo actualizado de 2017 reporta 2 699 parteras tradicionales.<sup>35</sup>

## Resultados del diagnóstico

En 2012, la CRZ hizo un diagnóstico del perfil de las parteras de Atoyac. Consultó a 30 parteras<sup>36</sup> de 20 localidades del municipio, quienes dijeron conocer a otras 70 parteras de sus localidades, por lo que se estima que hay alrededor de 150 parteras en la zona (Rodríguez y Oviedo, 2016). Dicho diagnóstico permitió adentrarse en su forma de vida, su conocimiento y sus saberes. De las 30 parteras consultadas, 13 (43.4 por ciento) manifestaron tener más de 30 años de ejercer su labor. La edad promedio fue de 58 años, con un rango de 35 a 70 años, y en su mayoría aprendieron el oficio de otra partera o de manera empírica. Todas dijeron haber recibido al menos una capacitación, y nueve (30 por ciento), haber recibido cuatro o más. Entre 57 y 93 por ciento de ellas mencionó conocer al menos tres métodos anticonceptivos; sin embargo, tienen, por lo general, poca información sobre los derechos humanos, y predominan prejuicios y estigmas sobre la sexualidad y el aborto.

Para ellas, ser partera significa: “Atender a la gente del pueblo, servir a la humanidad, darles confianza a las mujeres, ayudarlas en los partos, apoyarlas en las posiciones y controlar el dolor con tés y el uso de la herbolaria; es dar un servicio a la comunidad”.<sup>37</sup> En la localidad, la

<sup>34</sup> Respuesta a la solicitud de información 000109312 en 2013.

<sup>35</sup> Información que se complementó con datos obtenidos en reunión de trabajo entre los responsables del Programa de Salud Materna y Perinatal y organizaciones del Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero, realizada el 27 de febrero de 2017.

<sup>36</sup> Varias parteras de Atoyac son originarias de otros municipios, como San Jerónimo y Tecpan de Galeana, e incluso de otras regiones como Acapulco, Centro, Montaña y Costa Chica. El intenso flujo migratorio se debe, sobre todo, a la producción de café y mango.

<sup>37</sup> Grupo focal, parteras tradicionales. Propuesta para la inclusión de las parteras tradicionales en el primer nivel de atención: el caso de Atoyac de Álvarez, Guerrero, 2014, Atoyac de Álvarez, Guerrero.



atención de un parto puede tener un costo entre \$100 y \$500, o un pago en especie. No todas las mujeres pueden pagar, pero no por ello se les niega la atención. Las parteras hacen una labor social con sensibilidad y respeto, porque para ellas representa una oportunidad de aprender y servir. Las parteras no solo atienden partos; muchas son, además, hueseras, hierberas, sobadoras, rezanderas, consejeras, promotoras o auxiliares en los centros de salud. Y asocian el conocimiento adquirido en las capacitaciones con sus prácticas ancestrales.

## **Propuesta del modelo de atención integral de salud comunitaria**

Los servicios de las parteras son una opción vigente para la atención materno-infantil y de la salud reproductiva. Dada su familiaridad con las mujeres a las que atienden, pueden ser consejeras en temas de la salud materna, tales como el embarazo en adolescentes, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual y la prevención de la violencia contra la mujer. El “Modelo de atención integral de salud comunitaria” se concibió con la inclusión de los diversos agentes de salud;<sup>38</sup> sin embargo, para los fines de este artículo se priorizó el papel de las parteras y sus repercusiones.

### ***Acciones para el funcionamiento del modelo***

Para poner en marcha este modelo es necesario el respaldo de las autoridades regionales del sector salud, el jefe jurisdiccional, los directivos a su cargo y el ayuntamiento. En su primera fase, las autoridades del gobierno (la SSA, la Semujer y el ayuntamiento, entre otras), las organizaciones de la Redesam y la comunidad crean alianzas y elaboran un convenio en el que establecen las funciones de cada integrante del modelo. En su segunda fase, el modelo se presenta a la comunidad para

<sup>38</sup> Hueseros, hierberos, curandera(o), promotoras de la salud y auxiliares de la salud.

invitarla a participar en su planeación, su desarrollo y su permanencia. Se trata de que la comunidad adquiera consciencia y conozca las prácticas de autocuidado y promoción de la salud. Se imparte un programa de capacitación sobre la base de las necesidades de salud de la comunidad, abordado con un enfoque sobre los derechos humanos relativos al ciclo reproductivo de la mujer, y la interculturalidad. La SSA-Gro podría impartir este programa.

Para asignar las funciones y establecer una relación respetuosa entre los diferentes actores clave de la comunidad (incluida la partera), se elabora un reglamento con la participación del médico del centro de salud, y todos los miembros activos de dicho centro portan una credencial. Para que la propuesta prevalezca –y el trabajo de las parteras se reconozca– es necesario dar incentivos tales como material de curación y despensas.

Las principales ventajas del modelo son:

- Reducir el gasto y mejorar los servicios de salud.
- Abatir las barreras socioculturales en el acceso.
- Restaurar el tejido social comunitario.
- Fomentar una cultura de respeto entre la comunidad y el personal del centro de salud.
- Incentivar la capacidad de gestión y construcción de capital social y cultural en la comunidad.
- Fortalecer los principios de la ética médica.

## Conclusiones y recomendaciones

La partera es un agente de salud subutilizado y excluido del modelo hegemónico. Dados los retos que el país afronta en la atención de la salud reproductiva, la inclusión de las parteras en el sistema podría beneficiar a las zonas rurales. La participación de las parteras trascendería en la promoción de la salud comunitaria en general, en la reducción sostenida de las tasas de mortalidad materna y de embarazos de niñas y adolescentes, así como en el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En el ámbito comunitario, es pertinente promover redes y alianzas entre los actores sociales<sup>39</sup> y los agentes comunitarios de la salud.<sup>40</sup> Por ello, la propuesta de un modelo participativo de atención a la salud reproductiva debe fundarse en el interés de los participantes mediante acuerdos tomados en las asambleas comunitarias, y en una planeación focalizada. Para que este modelo funcione de manera efectiva, es necesario:

- Determinar diversos niveles de articulación.
- Dar capacitación continua.
- Entablar diálogos intersectoriales e interculturales sobre la base del respeto de los saberes tradicionales.

Esto puede ser el punto de partida para reconocer y repensar los diferentes modos de vida y de organización comunitaria de cada región, donde la comunidad sea un activo protagonista del cuidado de su salud.

<sup>39</sup> Autoridades comunitarias, organizaciones locales, comités de los centros de salud, vocales del programa Prospera, instituciones de educación, religiosas y de salud de la comunidad.

<sup>40</sup> Parteras tradicionales, hierberos(as), hueseros(as), curanderos(as), promotores y auxiliares de salud.

## 2.5 La partería en el modelo intercultural de salud. El caso de la sierra Norte de Puebla<sup>41</sup>

*Cynthia Marilui Martínez Villarruel*



## Introducción

El presente artículo describe la forma en que los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional (HIMT) incorporan la partería tradicional como uno de los servicios que brindan para la atención de las mujeres durante el ciclo reproductivo, así como la pertinencia cultural en torno a dicho ciclo. Si bien estos hospitales pueden llegar a ser un referente a nivel nacional, todavía falta mucho camino por recorrer, pues persisten las relaciones de poder entre médicos y parteras, lo que genera restricciones en la labor de las especialistas tradicionales.

El trabajo de campo de este estudio se hizo, en su mayoría, en el Módulo de Medicina Tradicional (MMT) de Huehuetla, Puebla, municipio que se eligió por ser uno de los de mayor número de parteras. La estancia en campo tuvo lugar en diversos periodos entre 2014 y 2015, en los que se entrevistó al personal administrativo y a los traductores del Módulo, así como a parteras y pacientes. Se revisaron los expedientes de las mujeres embarazadas, y se observaron los cursos de capacitación para las parteras y las consultas atendidas por dichas especialistas. Se visitó también el Módulo de Cuetzalan, Puebla, y se entrevistó a su coordinador.

## Planteamiento del problema

La partería tradicional, presente históricamente, no se limita a los aspectos biológicos del ciclo reproductivo. En diversos pueblos indígenas, este ciclo está ligado de tal forma a la cosmovisión, que las parteras son personas de respeto y confianza que construyen y refuerzan las relaciones sociales y espirituales, pues están a cargo de diversos rituales (Fagetti, 2008; Martínez, 2012). De aquí que su opinión y sus consejos sean valio-

<sup>41</sup> Los datos y los resultados presentados en este artículo se tomaron de mi tesis de Maestría en Antropología Sociocultural, *El oficio de partera y las políticas de salud intercultural. El caso de las parteras totonacas del Módulo de Medicina Tradicional en Huehuetla, Puebla*, presentada en enero de 2016.

sos para la comunidad. La medicina institucional, por su parte, provee a las mujeres servicios que las parteras no pueden brindarles, tales como la realización de ultrasonidos y la dotación de complementos alimenticios (vitaminas y ácido fólico). Los médicos disponen, además, del instrumental necesario para responder a emergencias, y del conocimiento y la infraestructura necesarios para practicar cesáreas.

Ambos especialistas ofrecen atención a las mujeres durante el ciclo reproductivo y sus conocimientos no solo no se excluyen entre sí, sino que son complementarios. No obstante, los médicos descalifican de manera generalizada el saber de las parteras debido a que la medicina institucional, sustentada en el conocimiento científico, se ha consolidado como la medicina hegemónica (Menéndez, 1992; Campos, 2015). El conocimiento de las especialistas tradicionales es, en cambio, empírico (Belli, 2013; Giraldo, 2014), lo que complica que sean tomadas en cuenta para brindar una atención integral a las mujeres. Uno de los proyectos que intenta retomar los conocimientos de ambos especialistas es el de los HIMT, ubicados en diversos municipios del estado de Puebla. Sin embargo, a pesar de las acciones que se han emprendido para relacionar ambos saberes, no se ha logrado una participación conjunta de parteras y médicos.

## Justificación

Los HIMT que operan en el estado de Puebla se crearon a partir de un concepto de interculturalidad en salud,<sup>42</sup> que supone un entendimiento entre los especialistas tradicionales y los médicos, sobre todo en ámbitos en los que ambos pueden intervenir, como el de la atención durante el ciclo reproductivo. Este concepto considera las necesidades, las tradiciones y las creencias sobre el origen de las enfermedades y su explicación, así como en torno al ciclo de vida. En este sentido, dada la importancia de las parteras en los pueblos indígenas, la Secretaría de

◀ *Curso de capacitación,*  
Cynthia Marilui  
Martínez Villarruel,  
agosto 2014,  
Huehuetla, Puebla.

<sup>42</sup> <<http://ss.puebla.gob.mx/index.php/info-para-medicos-y-sector-salud/item/2217-medicina-tradicional>> [consulta: 07/12/2015].

Salud (ssa) pretende incorporar en el sector las prácticas tradicionales en la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Con los HIMT se busca también acercar a la población a la medicina institucional, pues de haber alguna complicación en el ciclo reproductivo, las especialistas tradicionales podrían detectarla y referirla con los especialistas médicos. Gracias a la descripción y el análisis de la labor de las parteras en los HIMT, estos centros de salud podrían llegar a ser un referente nacional para la incorporación de dichas especialistas en beneficio de la salud materna. Ahora bien, aunque la SSA del estado de Puebla consideró los obstáculos que tendría que afrontar para integrar estos dos sistemas de atención, aún no ha logrado articularlos para la atención de las mujeres.

## La partería en el Módulo de Medicina Tradicional

Los 15 HIMT que funcionan en el estado de Puebla se ubican en zonas con una profunda desigualdad social, entendida como la “subordinación, exclusión y discriminación en sus múltiples facetas de género, de etnia-raza y de clase [...] que afecta de manera desproporcionada a las numerosas poblaciones rurales, indígenas y pobres” (Sesia, 2009:202). Se trata de zonas donde convergen diferentes municipios, y los hospitales llegan a recibir incluso pacientes de otros estados, como Oaxaca y Veracruz (Fagetti y Martínez, s/f; Martínez, 2016). La manera en que se incorporó la medicina tradicional a este proyecto fue mediante la construcción de un Módulo de Medicina Tradicional (MMT).

Para practicar la partería, el MMT cuenta con una sala de parto vertical y un temazcal, así como la casa de Atención a la Mujer Embarazada (AME). En la sala de parto vertical hay una cama y una camilla para medir al recién nacido; en una esquina se encuentra el área de expulsión, que consiste en una base de cemento (sobre la que se coloca un colchón) con barras de soporte de metal a los costados para que la mujer se apoye durante el parto. El Módulo no cuenta con el instrumental necesario para el corte del cordón umbilical y la limpieza de las vías respiratorias del

recién nacido, ni tampoco con una báscula, por lo que la partera tiene que llevar el instrumental necesario o pedirlo al hospital al momento del parto. Una de las ventajas de los HIMT es que el Módulo está unido al hospital por medio de una rampa externa, lo que facilita el tránsito de médicos, parteras y pacientes en caso de presentarse alguna complicación. Por otro lado, la casa AME hospeda a las mujeres que acuden de localidades lejanas; ahí algún familiar o la propia partera puede acompañarlas, ya sea que el parto se atienda en el hospital o en el Módulo. El temazcal, al menos en la región en la que se hizo el trabajo de campo, se utiliza pocas veces después del parto.

En 2002, cuando el proyecto de los HIMT comenzaba, se impartían frecuentemente cursos de capacitación y certificación a parteras, y se organizaban talleres de intercambio de experiencias entre parteras y médicos, pero ahora estos cursos y talleres se realizan de manera irregular. En el curso que se observó, se enseñó a las parteras a reconocer los signos y síntomas de riesgo, a identificar a las mujeres a las que pueden atender (se toman en cuenta factores como la edad, el número de embarazos y la constancia en las consultas), y a referir al hospital o al centro de salud a las que tienen alguna complicación, no cumplen con los requisitos de edad o son primigestas. Se enfatizaron también los riesgos que las parteras corren si el embarazo no llega a buen término, entre ellos, la pérdida de su certificación y, en el peor de los casos, su encarcelamiento. De aquí que varias parteras mencionaran en las entrevistas su temor de seguir ejerciendo su labor.

Por otro lado, los talleres se han dejado de lado, y la constante rotación de los médicos que laboran en los hospitales impide cultivar la relación de parteras y médicos. Esto contribuye a que persista entre los médicos la incomprensión del saber de las especialistas tradicionales y de las creencias de las mujeres respecto al embarazo y el parto. Por otra parte, a pesar de que una de las ventajas del HIMT es que cuando el parto es atendido en el hospital, la partera puede acompañar a su paciente en la sala de expulsión, una de las principales quejas durante uno de los cursos de capacitación fue que no se les dan dichas facilidades.

A pesar de la puesta en marcha de estos proyectos, la labor de las parteras ha disminuido. Su relación con los médicos pocas veces es



horizontal, pues persisten relaciones de poder que no favorecen el buen desarrollo de su quehacer. En este estudio se comprobaron las aportaciones de cada uno de estos especialistas, y la mayoría de las mujeres entrevistadas reconocieron las ventajas de ambos sistemas. Por un lado, sienten que la atención de la partera es personal y familiar, pues la conocen de tiempo atrás, y confían en sus prácticas terapéuticas para acomodar el producto y evitar la cesárea. Por otro lado, saben que el médico puede ofrecerles las vitaminas necesarias para el buen desarrollo del embarazo y estudios de ultrasonido para comprobar que el producto se encuentra bien, y tienen la certeza de que el médico tiene los instrumentos necesarios para actuar en caso de una emergencia obstétrica.

## Conclusiones

El quehacer de las parteras se ha ido transformando conforme a las necesidades de las mujeres y las exigencias del Sistema Nacional de Salud para reducir la mortalidad materna. Esto ha marginado a las especialistas tradicionales, cuya labor beneficia a las mujeres y a los recién nacidos. Proyectos como el de los HIMT son un punto de partida para incorporar el saber tradicional a los servicios médicos del estado. El MMT evidencia que el sistema de servicios de salud reconoce la importancia de las parteras, y apoya su práctica. Por otro lado, al capacitarlas para que identifiquen los signos y síntomas de riesgo, se permite la atención oportuna de las mujeres, pues las parteras son las primeras en recibir a la mujer cuando está embarazada. Esto puede favorecer que las mujeres asistan a la atención prenatal, al convertir a las parteras en un vínculo entre la medicina institucional y la población, con lo que se puede contribuir a disminuir la mortalidad materna.

A pesar de estos avances logrados con los HIMT y sus MMT, queda mucho por hacer. Deben reimplantarse los cursos para la interculturalidad, la concientización y el intercambio de experiencias entre médicos y parteras, para propiciar una relación de igualdad entre ambos especialistas. En este sentido, conviene que las parteras tengan una mayor participación en los cursos de capacitación compartiendo sus conoci-

mientos, ya que el proceso de enseñanza-aprendizaje se ha dado hasta ahora de manera unilateral, dejando de lado el saber de las parteras. Debe favorecerse que las especialistas tradicionales recuperen la confianza reconociendo su labor, ya que muchas de ellas no están dispuestas a atender partos por miedo a ser encarceladas en caso de ocurrir muerte materna o neonatal. Esta situación es particularmente relevante cuando se les solicita atender a alguna desconocida puesto que, como comentaron en las entrevistas, es un riesgo para ellas auxiliar a mujeres cuyas condiciones desconocen. Finalmente, se debe proveer a las parteras de los instrumentos necesarios para ejercer su labor.



## 2.6 Filosofía y principios de los modelos de atención de la partería profesional. Panorama internacional

*Cristina Alonso Lord*  
*Lorena Ibargüen Tinley*



## Introducción

El objetivo de este capítulo es contribuir a generar información clara y accesible sobre el modelo de partería. Se busca, así, identificar con precisión en qué consiste y cuáles son sus implicaciones, incluyendo las bases filosóficas y éticas de la práctica de las parteras, así como las principales características que distinguen un modelo de partería de otros modelos médicos de atención de la salud materna. Esta investigación parte de documentos publicados en internet por las asociaciones y los colegios de parteras de varios países, incluyendo declaraciones de principios, guías de práctica, códigos de ética, estatutos de competencias, guías de referencia y manuales, así como documentos de índole similar publicados por la Confederación Internacional de Matronas (CIM). Se seleccionaron publicaciones en inglés y en español que describieran claramente el modelo.

## Justificación

El surgimiento de la figura de la partera como profesional capaz de atender la salud materna de manera eficaz, segura y respetuosa es un fenómeno relativamente nuevo en México. El impulso a la partería profesional ha recibido el apoyo de organizaciones y fundaciones internacionales que han documentado el potencial de las parteras para mejorar los resultados de salud materna a nivel global (UNFPA, 2014; UNFPA, 2015; OMS, 2010; OMS, 2016; FCI/CIM/UNFPA, 2014), siempre y cuando los servicios de partería se integren en un sistema funcional con mecanismos de referencia a cuidados especializados.

A pesar de la creciente evidencia sobre la pertinencia, la seguridad y la efectividad de los modelos de partería, en México la discusión al respecto, y su promoción como política pública, aterriza en un contexto complejo marcado por el protagonismo médico en la atención a la salud materna y la marginación de la partera (tanto profesional como tradicional/empírica) desde hace más de 50 años (Sánchez, 2015). La promoción de la partera y su incorporación al sistema de salud afronta, así,

resistencias culturales y gremiales, y el desconocimiento de la sociedad y otros profesionales de la salud con respecto al ámbito de trabajo, las características y las bases filosóficas y éticas de un modelo de partería. Para que la partería pueda florecer y cumplir con las expectativas de mejorar la salud materna en México es crucial que se comprendan los valores de las parteras, las características que distinguen un modelo de partería y las condiciones idóneas para su desarrollo.

## Desarrollo y resultados

El análisis de los modelos de partería en el mundo demuestra que persisten distintas formas de organización y un variado desarrollo del modelo en los sistemas de salud de cada país. No obstante, todos los modelos tienen principios, valores y una filosofía en común que rigen claramente la práctica. Estos incluyen: 1) afirmar los derechos humanos, la dignidad humana y la no discriminación; 2) considerar el embarazo y el parto como procesos fisiológicos normales; 3) centrar la atención en la mujer; 4) afirmar la autonomía de la partera en la toma de decisiones, y 5) basar la práctica en la mejor evidencia científica.

La partera atiende el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, y también vela por la salud de la mujer a lo largo de su vida más allá del ciclo reproductivo. En todos los modelos, este cuidado incluye medidas preventivas, la promoción del nacimiento normal, la detección de complicaciones, la referencia al cuidado médico en caso necesario y la ejecución de medidas de emergencia (AEM, 2011). A continuación se describen los cinco principios del modelo de la partería mencionados:

◀ *Partera sostiene a una mujer en agua en trabajo de parto: modelo centrado en la mujer*, Cristina Alonso Lord, 2016, Monterrey, Nuevo León.

### **1) Afirmar los derechos humanos, la dignidad humana y la no discriminación**

La partera realiza su práctica desde la perspectiva de los derechos humanos; es decir, defiende el derecho a la salud de la mujer y su bebé, y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En su práctica subya-

cen los principios de justicia, equidad y respeto de la dignidad humana (CIM, 2005). En otras palabras, la partera respeta el derecho de la mujer a la privacidad y su autonomía en la toma de decisiones (UNESCO, 2005). Reconoce la diversidad étnica, social y cultural de las mujeres a las que atiende, y se opone a cualquier tipo de discriminación. En el modelo de Ontario y Nueva Zelanda, estos principios se expresan en el concepto “culturalmente competente”, que alude a la habilidad de la partera para interactuar respetuosa y efectivamente con personas de culturas y creencias distintas de las suyas (College of Midwives of Ontario 2015; Midwifery Council of New Zealand, 2012).

## ***2) Considerar el embarazo y el parto como procesos fisiológicos normales***

El reconocimiento del embarazo y el parto como procesos fisiológicos normales, como sucesos naturales por los que transita la mujer en su ciclo de vida, es piedra angular del modelo de partería (CIM, 2005). La partera confía en la sabiduría del cuerpo de la madre y en su habilidad para dar a luz, y minimiza la intervención médica. Provee asistencia continua durante el embarazo y el parto, e identifica a las mujeres que requieren atención obstétrica especializada. La partera busca minimizar la intervención médica rutinaria, promueve que la mujer tenga libertad de movimiento y posición en el trabajo de parto, le da acompañamiento y apoyo continuo y promueve el acompañamiento de una persona elegida por la mujer (Nueve Lunas, 2012), en el entendido de que el embarazo y el parto son experiencias con un profundo significado emocional, espiritual, psicológico y físico para la mujer, así como un evento social y cultural para la mujer, su familia y la comunidad.

## ***3) Centrar la atención en la mujer***

El modelo de partería busca entablar una relación de colaboración cercana con la mujer; es decir, le proporciona información y consejos de una

manera respetuosa, y promueve su participación y la toma de decisiones informada. La función de la partera es tratar a la mujer con calidez, afecto y respeto, cuidando en todo momento su papel protagónico en el parto. Puesto que esta habilidad –la de entablar una relación cercana y de confianza con la mujer– es central, los modelos de partería vienen de la mano de los llamados modelos de continuidad de la atención, donde es la misma partera (o dos) quien la atiende de manera consistente a lo largo del embarazo y el puerperio. El Colegio Real de Parteras del Reino Unido especifica que las mujeres prefieren ser vistas por el menor número posible de proveedores para poder entablar relaciones de confianza, y explica que la continuidad de la atención asegura que los servicios sean más seguros, más profesionales, más amables y afables para las familias (The Royal College of Midwives, 2016).

La atención del embarazo centrada en la mujer también implica la responsabilidad de la partera de proveer a la mujer información completa, relevante y objetiva sobre el embarazo y el parto, y hacerle recomendaciones basadas en evidencia. El modelo de partería se funda en el derecho de las personas a tomar decisiones con relación a su cuidado, y la partera ayuda a que la mujer tome decisiones informadas por medio del diálogo abierto y respetuoso. Este enfoque busca que la mujer participe activamente y asuma una responsabilidad en la planeación de su cuidado y el del recién nacido. De ese modo, la mujer decide el lugar donde quiere ser atendida –ya sea el hospital, la maternidad o su hogar–, y la partera debe estar dispuesta a prestar este servicio y ser competente.

#### ***4) Afirmar la autonomía de la partera en la toma de decisiones***

Para que la partera pueda brindar un servicio centrado en la mujer es necesario que sea capaz de decidir con autonomía, lo que depende de su conocimiento y sus habilidades para prestar servicios bajo su responsabilidad. La autonomía no implica trabajar al margen de otros profesionales de la salud, pues en los modelos de partería los servicios están integrados a los de la atención materna, obstétricos o pediátricos. Se trata



de modelos de colaboración o integrales, sustentados en una relación igualitaria entre profesionales de salud, facilitada por una comunicación abierta, transparente, respetuosa y no jerárquica entre ellos.

### **5) *Basar la práctica en evidencia científica***

Para que la atención se base en evidencia científica debe estar informada por: la investigación, guías basadas en evidencia, la experiencia clínica, y los valores y necesidades únicos de la mujer receptora y su familia. Las parteras deben haberse formado en la filosofía y adquirido las competencias de la partería en lugares clínicamente relevantes. En la descripción de varios modelos se habla de la responsabilidad individual y colectiva del gremio de parteras por su desarrollo profesional continuo, para mantener sus habilidades en el manejo de emergencias maternas y la resucitación neonatal, así como para educar a las nuevas generaciones de parteras (AEM, 2011; College of Midwives of Ontario, 2015; CIM, 2005).

## **Conclusiones y recomendaciones**

Este panorama de la filosofía de la partería a nivel internacional nos permite un primer acercamiento a los principios que guían la labor de las parteras y establecen las bases para construir modelos de partería. Si bien hay diferencias entre los países dependiendo de sus condiciones sociales, económicas y demográficas, de las características de sus servicios de salud (públicos, privados o mixtos); de su abordaje de la salud materna (medicalizado o no), o de las características de los recursos humanos de que disponen, podemos concluir que más allá de las condiciones particulares de cada país, la filosofía y los principios que rigen los modelos de partería son los mismos. Lo que cambia de un país a otro es el contexto donde se inserta el trabajo de las parteras y el protagonismo del modelo de partería en los servicios de salud materna.

Para que un modelo de partería tenga buenos resultados, debe aplicarse en un contexto clínico respetuoso de la filosofía y los principios aquí esbozados. En otras palabras, lo que obstaculiza la puesta en marcha de un modelo de partería es que el trabajo de las parteras deba ser supervisado por obstetras o que sean forzadas a seguir protocolos obstétricos irrelevantes, lo que va en contra de dichos principios. Cuando los sistemas de salud limitan la autoridad, la confianza y la capacidad de decisión de la partera, ponen en duda su capacidad de favorecer el parto fisiológico y la participación real de la mujer en su cuidado. De aquí que los sistemas deban trabajar para asegurar la inclusión del modelo de partería (más allá de la inclusión de parteras aisladas), para asegurar que los principios éticos se apliquen y trasciendan en los resultados cualitativos y cuantitativos de los nacimientos en un país.



## 2.7 Riesgo o aliento: la experiencia de una Casa de Partos. Una mirada a las maneras en que las mujeres de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, negocian la atención prenatal y del parto

*Jenna Murray de López  
Cristina Alonso Lord*



## Introducción

Nuestra investigación y nuestra propia práctica muestran que las mujeres indígenas y no indígenas en el estado continúan buscando el servicio de las parteras y la atención del parto fuera del hospital, a pesar de las mejoras logradas en el acceso a los servicios públicos. Esta observación suscita preguntas sobre la brecha entre los servicios disponibles para las mujeres indígenas y de bajos recursos, y sus necesidades y deseos en torno al proceso cíclico y vital de la maternidad. Este capítulo se enfoca en la casa Luna Maya, establecida en 2004 como casa de partos femifocal (Sánchez, 2015). Luna Maya creó un espacio seguro para apoyar a mujeres vulnerables y victimizadas en la recuperación de su poder y su fuerza, por lo que es un modelo de casa de partos y atención integrada durante el ciclo de vida de la mujer. Sin embargo, la falta de definición y de regulación tanto de las casas de partos como de las parteras que trabajan en ellas ponen en riesgo esta alternativa y la capacidad de interactuar con el sistema nacional de salud (Sánchez, 2016).

## La transición del parto en Chiapas

Aunque la mayoría de las mujeres urbanas (indígenas y no indígenas) acuden a los servicios públicos de salud para dar a luz, otras buscan modelos alternativos que se asemejan más al modelo tradicional de atención del parto. Esto ocurre en una transición en el tiempo, ya que las mujeres indígenas de las zonas rurales pueden migrar a las ciudades, y las mujeres que viven en las grandes ciudades tecnologicizadas migran a ciudades más pequeñas, como San Cristóbal de Las Casas, donde el parto fuera del hospital está normalizado.

Muchas mujeres son nietas de mujeres que parieron en casa o de mujeres que parieron por cesárea. La mayoría de las mujeres indígenas, por su parte, nacieron en casa, pero cada vez es más frecuente que lo hagan por cesárea. En algunos casos, mujeres que cruzaron la barrera para tener partos medicalizados desean regresar al parto en casa por preferencias personales relativas a la familia, el respeto y la privacidad.

Sin embargo, la oferta de parteras tradicionales está siendo limitada: por un lado, la Secretaría de Salud las restringe para atender partos, y por el otro, se cree que la atención con parteras tradicionales no es segura porque carecen de capacitación o educación formal, o por ideas fomentadas por programas educativos o en consulta médica. En estos casos, la contratación de una partera tradicional puede dificultarse y eligen una “partera posmoderna” o “autónoma” (Davis, 2001; Davis 2005; Laako, 2016). Para algunas mujeres, esto significa ser atendidas por parteras de otra raza u otra cultura.

Luna Maya lleva más de una década prestando servicios a las mujeres y las familias de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y la Ciudad de México. Ofrece un modelo de atención basado en la definición de la Asociación Americana de las Casas de Partos:

Una casa de partos es un lugar para dar a luz bajo el modelo de partería y bienestar. La Casa de Partos es autónoma o claramente separada de los servicios hospitalarios. Aunque el modelo de partería y el apoyo del parto fisiológico y la transición del recién nacido puede ocurrir en otros espacios, este es el único modelo disponible en una casa de partos. Las casas de partos se guían por principios de prevención, sensibilidad, seguridad, intervención médica apropiada y costo-efectividad. Una casa de partos respeta y facilita la capacidad de la mujer de tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé de acuerdo con sus valores y creencias. La familia de la mujer, como ella lo defina, es bienvenida a participar en el proceso del embarazo, parto y postparto (AABC, 2016).

◀ *Una mujer en trabajo de parto descansa en una tina de agua mientras su esposo y la partera la acompañan*, Cristina Alonso Lord, 2013, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

La flexibilidad del modelo de Luna Maya ha permitido integrar la atención basada en evidencia, las raíces culturales y las decisiones individuales, en un modelo centrado en la mujer y su seguridad y bienestar, como ella lo defina. Sin embargo, por haberse desarrollado al margen del sistema, este modelo carece de reconocimiento y validación oficial. De aquí que las mujeres que eligen esta atención puedan sufrir discriminación “institucional”. Cuando se solicita una consulta o un traslado, se les da prioridad a las usuarias que han llevado su seguimiento en el sistema; a las demás se les niega la atención, se retrasa

o se les dice que “no se harán responsables de lo que ocurra ya que vienen manipuladas por partera”, lo que puede dar lugar a una atención tardía que las pone en riesgo o las violenta. Aunque el riesgo de ser juzgadas o atendidas con retraso es percibido como menor frente a los beneficios de tener un parto bajo su control. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres atendidas fuera del hospital consideran que es bajo el riesgo de tener complicaciones y necesitar ser trasladadas. Las estadísticas lo confirman: 90 por ciento de estas mujeres logra parir sin necesidad de ser trasladadas.

## **La muerte materna como indicador social**

Mucho se ha escrito sobre el estancamiento de los índices de muerte materna en México tras la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Freyermuth y otros, 2015). Dado el aumento de la atención del parto institucional, la escasez de personal de salud capacitado frente a la creciente demanda de servicios, el aumento de las enfermedades obstétricas, la edad de las mujeres embarazadas como un factor de riesgo, queda claro que la muerte materna va más allá de los protocolos clínicos. La reducción del problema de la muerte materna a una cuestión médica, más que social, “significa que el único resultado puede ser la vida o la muerte” (Berry, 2010:1). La política global sobre la atención del embarazo y el parto se enmarca en la retórica médica de salvar vidas a cualquier costo, y una muerte materna significa el fracaso de un proveedor médico. Esto conlleva un enfoque centrado en el acceso a los servicios obstétricos de emergencia y un modelo de atención prenatal enfocado en el diagnóstico y el manejo del riesgo. Las mujeres embarazadas son definidas en términos médicos como objetos de medición y riesgo. Definición afectada, además, por los prejuicios relativos a la raza, la etnia, la clase y el sexo.

## Estado actual de la “partería” en San Cristóbal de Las Casas

Dado que para 2014 más de 95 por ciento de mujeres en México parió con “personal calificado” (léase médicos), se da por hecho que prefieren parir, por lo general, en una institución médica con un obstetra (OMM, 2016). La contratación de una partera en el imaginario colectivo se asocia a algo que hacen las personas “ignorantes” y de bajos recursos. De hecho, aunque no hay una ley escrita al respecto, en el sector público se informa a las mujeres que es “obligatorio” parir en un hospital. Entre los motivos que contribuyen a la reducción de partos atendidos fuera de los hospitales por parteras tradicionales está: el mejor acceso de las mujeres al sistema de salud, el éxito de programas de asistencia social y del Seguro Popular, y cambios en la percepción del riesgo durante el parto.

La existencia de dos casas de partos y varias parteras “autónomas” en San Cristóbal de Las Casas ha transformado una cultura local donde la atención por parteras “extranjeras”<sup>43</sup> es una opción cada vez más común para las mujeres indígenas que perdieron el contacto con las parteras tradicionales, o no consiguen que las atiendan. A las casas de partos como Luna Maya acuden por lo general mujeres mestizas de clase media y nivel educativo alto, que tienen acceso a información del parto a través de diversos medios. Con una media de 27 años [base de datos de “Midwives Alliance’s Statistics Project” (MANA Stats)], la clientela de Luna Maya busca una alternativa al parto hospitalario. Son mujeres informadas de las elevadas tasas de cesárea en los hospitales privados y públicos, y suelen estar dispuestas a considerar maneras alternativas de dar a luz. Distinguen claramente entre la partera tradicional y la partera profesional y autónoma, a la que consideran “completamente moderna” (Davis, 2001).

El modelo de la partería profesional (PP) se asemeja al del parto humanista que Davis Floyd define como la contraparte de la “tecnome-

<sup>43</sup> En San Cristóbal de Las Casas se considera “extranjera” a cualquier persona que no haya nacido en San Cristóbal, así sea mexicana o incluso chiapaneca.



dicina, con un abordaje más suave” (2001:15). La partera profesional o autónoma integra metáforas culturales de riesgo sobre el parto para promover el cambio en la percepción y la práctica de los demás. La mayoría de las mujeres que acuden a Luna Maya señalan que vinieron “porque merezco un parto humanizado”.

## **La partería moderna en los barrios tradicionales**

Luna Maya ha establecido relaciones de confianza con mujeres indígenas de los barrios vulnerables de San Cristóbal de Las Casas. Ahí los partos suelen ser atendidos por familiares, y cuando hay complicaciones acuden a Luna Maya para intentar prevenir una cesárea. Solicitan atención prenatal con el embarazo ya muy avanzado y su principal preocupación es por la posición del bebé. No asisten a cursos de preparación para el parto y consideran que se trata de un evento natural que debe ocurrir en casa, ya que en un hospital “seguro te cortan”. Luna Maya representa un espacio donde cualquier mujer puede ejercer sus derechos, su poder y su fuerza durante el continuo de su atención.

En todo el mundo se observa que mujeres que tienen acceso a los servicios de salud institucionales están optando por parir en casa con parteras (Molina y otros, 2016). Esta tendencia parece indicar que a pesar de los avances en la tecnología médica, algunas mujeres perciben el parto como una experiencia familiar y fisiológica, y priorizan las relaciones y los valores familiares sobre la seguridad médica en el hospital.

## **Las casas de partos como elemento de la red de servicios**

En los países desarrollados, la seguridad de las casas de partos que están reguladas ha sido claramente establecida (Stapleton y otros, 2013; Alliman y Phillippi, 2016). Sin embargo, datos cuantitativos recolectados en la base de datos de MANA Stats arrojan, para Luna Maya en 2017, una tasa de

cesáreas de 10 por ciento (la nacional es de 46 por ciento), y una tasa de lactancia exclusiva de 95 por ciento en la visita a las seis semanas del parto. A la fecha no ha habido una sola muerte materna.

Sin embargo, Luna Maya y otras casas de partos, como Espacios Diferentes para Parir (Sánchez, 2016), permanecen marginadas del sistema de salud y no tienen, por consiguiente, su reconocimiento. En los traslados de urgencia a los hospitales, las parteras son acusadas de provocar la complicación motivo de la urgencia, y el equipo médico se niega, por lo general, a hablar con ellas para obtener datos del caso o el traslado. Con frecuencia se dice a los familiares de las pacientes que la partera causó la complicación, aun cuando el traslado ocurra a tiempo o se deba a razones médicas. Esta situación retrasa o impide el acceso a la atención de urgencia y deja a las familias tristes y confundidas, en el temor de haberse equivocado al elegir al proveedor. La falta de comunicación entre las parteras y los médicos restringe la capacidad de estos últimos para tomar decisiones informadas, lo que pone en riesgo la vida del recién nacido y complica la capacidad de actuar de todo el equipo.

La atención de la PP es segura cuando las parteras pertenecen a una red de proveedores que incluye servicios de emergencia. La falta de reconocimiento de Luna Maya (y otras parteras y casas de partos) refuerza el modelo de las *tres demoras* y es otro ejemplo de atención “demasiado poco y demasiado tarde” (Miller y otros, 2016). Sin embargo, en un país con una tasa de cesáreas tan alta, hospitales sobresaturados y frecuentes quejas sobre la calidad, que incluyen violaciones a derechos humanos (Castro, 2014; GIRE, 2015a), es imperativo establecer un vínculo estrecho entre las casas de partos y el sector salud para asegurar que los modelos de PP sean absolutamente seguros. A medida que México busque integrar la PP y mejorar la calidad de los servicios, y se encamine a lograr los ODS, va a ser necesario integrar casas de partos como espacios femifocales centrados en la familia; espacios que honran la diversidad cultural, priorizan la evidencia científica, son seguros para el parto fisiológico y, sobre todo, son elegidos por las propias mujeres.



## 2.8 Construcción de una red nacional de líderes para incorporar los servicios de partería profesional en los establecimientos de salud públicos

*David Meléndez Navarro*

*Alma Ochoa Moctezuma*

*Emma Reyes Rosas*



## Introducción

El Comité Promotor por una Maternidad Segura (CPMS), fundado en México en 1993, tiene como misión mejorar las políticas, los programas y los servicios de salud materna. Nuestro trabajo se enfoca en la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de las personas recién nacidas. Nos servimos del diálogo y la evidencia, y trabajamos en colaboración con la sociedad civil, la academia, el gobierno y agencias internacionales y profesionales de la salud. Impulsamos iniciativas que contribuyan a construir una maternidad elegida, segura y gozosa. A lo largo de 24 años de trabajo, el CPMS ha promovido la transformación del modelo de atención obstétrica imperante en México con la incorporación de las parteras profesionales.

En ese sentido, en julio del 2016 el CPMS inició un proyecto para blindar, fortalecer y ampliar los modelos de atención de los servicios públicos de salud con la incorporación de la partería profesional, priorizando los estados de Guerrero, Veracruz, Chiapas, Jalisco y Oaxaca.

## Justificación

De acuerdo con el último informe "El estado de las Parteras en el Mundo" (UNFPA/CIM/OMS, 2014), en México hay solo 78 parteras que atiendan nacimientos reportadas oficialmente, de un total de 104 379 prestadores de atención de la salud sexual, reproductiva y neonatal. Las parteras técnicas profesionales representan, a la fecha, menos de 0.1 por ciento del personal calificado que atiende partos. El Centro Nacional de Equidad de Género reconoce, por su parte, que alrededor de 16 000 enfermeras obstetras laboran en las unidades públicas de salud (Atkin y otros, 2017); sin embargo, en su mayoría no participan en la atención obstétrica.

De manera que el sistema de salud público subutiliza los de por sí limitados profesionales en partería, ya sea por la falta de recursos para contratarlos, o porque los que están contratados no prestan servicios de atención del embarazo y el parto. Esta subutilización está determinada

por la falta de servicios adaptados para incorporar el modelo de partería profesional. Y no los hay debido, en parte, a la falta de impulso e incentivos para quienes promueven otras formas de atención. Además de que los directores o los responsables de los servicios desconocen muchas veces el porqué y el cómo de tal incorporación, así como los casos exitosos y las lecciones aprendidas al respecto.

Pero en México ha habido, por fortuna, algunas iniciativas de corto alcance que han incorporado con éxito la partería profesional en unidades públicas de salud. Estas iniciativas son de gran valor por el conocimiento que generan sobre el “cómo”. Es decir, porque sus actores saben cómo afrontar las resistencias, los obstáculos, las limitaciones normativas, etcétera, en tal incorporación. Muchos de los actores capaces de posibilitar los cambios en los servicios suelen ser marginados o subvalorados en el proceso de transformación, pero la evidencia empírica señala que son los actores operativos y los tácticos (directores de nivel medio) y, en menor medida, los estratégicos, quienes han emprendido y sostenido la incorporación de los pocos modelos de partería que hay hoy en día en las unidades públicas de salud.

En el CPMS, consideramos que estos actores han mostrado voluntad y pasión por mejorar; que tienen una valiosa información sobre cómo lograron incorporar este modelo, y el potencial para transferir su experiencia. Para que les sea posible hacerlo, deben confluir redes horizontales (de su mismo nivel de acción) y redes verticales (de diferentes niveles de acción y diversas responsabilidades), así como entre los actores que oponen mayor resistencia.

Ahora bien, la permanencia de esas contadas iniciativas exitosas en los estados depende, muchas veces, de la voluntad política de los funcionarios responsables de la toma de decisiones estratégicas, de tal manera que cuando estos cambian, las iniciativas se ven truncadas e incluso tienden a desaparecer, contra el principio de progresividad de los derechos humanos. Principio que, aplicado al tema que nos concierne, significa que una vez incorporadas las parteras tradicionales o profesionales en una unidad de salud, se deben establecer incentivos que motiven tanto al personal estratégico como al operativo para mantener la transformación, y la vigilancia del progreso y no retroceso, de modo que

◀ *"La voz de la partera"*  
*Conversatorio sobre partería,*  
 Juan Carlos Martínez Pérez, mayo 2016,  
 San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

cuando se presente un indicador de retroceso se puedan activar los mecanismos necesarios para abatir la amenaza.

## Metodología

Para identificar los “establecimientos transformados”, consultamos a equipos que estuvieran evaluando o estudiando aquellos que hubieran incorporado a parteras profesionales. Uno de esos estudios fue la línea base para impulsar la partería, que realizó la Fundación MacArthur en México (Atkin y otros, 2017).

Los criterios para elegir los establecimientos públicos fueron:

- Que hubiera parteras profesionales contratadas en al menos 80 por ciento de los turnos disponibles.
- Que las parteras profesionales estuvieran a cargo de al menos 80 por ciento de las intervenciones esenciales de su competencia.
- Que las parteras profesionales fueran el primer contacto de la mujer embarazada al solicitar la atención.

Tras hacer la primera selección de establecimientos, consultamos a líderes de opinión en el tema para consensuar la selección final. Identificamos a los líderes comunicándonos con el cuerpo de gobierno y con el personal operativo de las unidades seleccionadas. A partir de ahí construimos, con una técnica de bola de nieve, un directorio de líderes de incorporación por establecimiento. Nos comunicamos, entonces, con las autoridades de cada Secretaría de Salud estatal para llevar a cabo la primera reunión nacional de líderes de incorporación de partería profesional en los servicios públicos de salud.

## Resultados

Identificamos cuatro establecimientos con modelos de partería profesional: Santa Catarina, en la Ciudad de México; Atlacomulco, en el Estado

de México; Maternidad de Ixtlahuixtla, en el estado de Tlaxcala, y Hospital Comunitario de Teocelo, en el estado de Veracruz. Identificamos a 49 líderes: 22 operativos,<sup>44</sup> 18 tácticos<sup>45</sup> y nueve estratégicos.<sup>46</sup> En febrero de 2017 nos reunimos con 31 líderes para buscar, por equipos, los primeros consensos sirviéndonos de preguntas clave. A continuación exponemos algunas de las conclusiones de los equipos de trabajo.

## Primera etapa de la búsqueda de consenso

En la primera etapa planteamos las siguientes preguntas clave:

- ¿Cuándo reconocemos la transformación?
- ¿Qué procesos de atención cambian?
- ¿Qué se modifica en la atención de la mujer y el recién nacido?

### *¿Cuándo reconocemos la transformación?*

Reconocemos la transformación cuando encontramos:

- Recursos humanos con determinadas características; con una formación sólida, un código y una remuneración digna conforme a su perfil, y que aparecen en el organigrama profesional.
- Recursos económicos para la infraestructura y los insumos necesarios para la adecuada atención del parto.

<sup>44</sup> Son responsables de producir y prestar directamente los servicios, son quienes están cara a cara con las usuarias (enfermeras[os], médicas[os] parteras profesionales, trabajadora[es] sociales).

<sup>45</sup> Son responsables del seguimiento gerencial de los servicios, intervenciones o programas (jefes[as] de servicio hospitalarios, directores[as] de hospitales, jefes[as] jurisdiccionales, jefes[as] de programas estatales, subdirectores[as] de áreas estatales).

<sup>46</sup> Son responsables del diseño de políticas, programas o servicios con capacidad de poder de firma dado su nivel jerárquico en el sistema de salud para impulsar o aprobar determinadas intervenciones o proyectos (directores[as] de área, subsecretarios[as], secretarios[as] de salud).



- Protocolos para la atención del parto y para su canalización, de ser necesario.
- La posibilidad de hacer un diagnóstico y una evaluación con la participación de la comunidad.

### ***¿Qué procesos de atención cambian?***

La incorporación de la partería en un centro de atención genera idealmente los siguientes cambios:

- La atención es más personalizada.
- Los servicios se enfocan en la mujer y la persona recién nacida.
- La recepción, la comunicación y el acceso a la información para la mujer y los familiares que ella elija son mejores.
- Las necesidades de las personas se satisfacen conforme a sus tradiciones y sus valores.
- La formación, la prestación de los servicios y las necesidades de la población se adecúan a la incorporación de la nueva modalidad de atención.

### ***¿Qué se modifica en la atención de la mujer y el recién nacido?***

Al incorporar la partería en un centro de atención, se modifica lo siguiente:

- El continuo entre atención y la articulación de los establecimientos que posibilitan la atención del parto en casa.
- La integración de los saberes tradicionales y los técnicos.
- La práctica de la atención y los cuidados personalizados (es decir, se evitan los procedimientos de rutina injustificados).

## Segunda etapa de la búsqueda de consenso

En esta etapa planteamos la pregunta clave: ¿Cuáles son los principales pasos para lograr esa transformación en el establecimiento?

Afirmamos, en primer lugar, la necesidad de un modelo conceptual sustentado en el análisis y la evidencia, que se difunda y permita a la población en general, y al personal de salud en particular, saber de qué se trata.

En segundo lugar está la selección de los capacitadores y los integradores del personal para que el modelo sea compartido. Esto implica un proceso de largo plazo de capacitación continua y concientización, tanto del personal directivo como de los ejecutores.

## Tercera etapa para la búsqueda de consenso

En esta etapa planteamos la pregunta clave: ¿Cuáles son las principales amenazas?

Son amenazas para la incorporación del modelo de partería:

- El desconocimiento del modelo por parte del personal de salud y de la población.
- La falta del personal calificado para la atención de las usuarias en las unidades.
- La resistencia del personal médico, que responde a la indefinición de los límites y las responsabilidades, y a la ausencia de apoyo y articulación, y se traduce en la devaluación del modelo.
- Los cambios políticos estructurales, que implican nuevos procesos y falta de insumos.
- Los cambios frecuentes entre los altos mandos o en las unidades, que implican replantear los modelos de atención y volver a hacer frente a la resistencia al cambio tanto del personal operativo como del personal de la atención ginecológica y de enfermería.

## Cuarta etapa para la búsqueda de consenso

En la cuarta etapa planteamos las siguientes preguntas clave:

- ¿Cómo reducir/evitar esas amenazas?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos de la transformación?

### *¿Cómo reducir/evitar esas amenazas?*

Para evitar o disminuir las amenazas a la incorporación del modelo de partería en los establecimientos de atención de la salud, es necesario:

- Difundir el modelo de manera permanente.
- Hacer publicidad que destaque evidencias de la relación costo-beneficio y del diagnóstico.
- Precisar que la incorporación va a implicar capacitación continua.
- Diseñar una estrategia profesional que apoye las acciones.
- Convencer de los beneficios del modelo a todos los actores, tanto a los que prestan el servicio como al resto del personal de la unidad.

### *¿Cuáles son los principales obstáculos de la transformación?*

Los principales obstáculos de la transformación resultante de incorporar el modelo de partería son:

- El marco regulatorio, que puede no tener la flexibilidad necesaria.
- Las estructuras jerárquicas del sector salud.
- El que el parto sea tratado como una enfermedad.
- La falta de una evaluación adecuada de los posibles riesgos para la mujer.

El consenso final de esa primera reunión fue que debemos ampliar y fortalecer la red de líderes para incorporar la partería en el sistema de salud; intercambiar experiencias, e incluso hacer una evaluación por pares con fines de mejora, con indicadores básicos del proceso para medir el avance o el retroceso en los modelos de atención.



## 2.9 Programa de salud materna *Compañeros en Salud*: integración de prácticas en el sector público

*Mariana Yulian Montaña Sosa*  
*Andrea Reyes Gutiérrez*



## Introducción

El Hospital Básico Comunitario de Ángel Albino Corzo (HBCAAC) se localiza en el pueblo de Jaltenango de la Paz, en el municipio de Ángel Albino Corzo, al suroeste del estado de Chiapas. Anexa al hospital está la Casa Materna, que cuenta con un albergue para alojar a las mujeres embarazadas en espera y a sus acompañantes. El hospital presta servicios de salud a comunidades de cinco municipios; comunidades cuya población reporta, en su mayoría, índices de alta y muy alta marginación, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010). La población atendida en el HBCAAC sufre condiciones severas que contribuyen a que los resultados del parto sean desfavorables. Estas condiciones son, entre otras, la pobreza y el difícil acceso a instituciones y a servicios de salud de limitada calidad. Por otra parte, las mujeres embarazadas que logran acudir a una institución de salud para recibir atención del parto suelen afrontar manifestaciones de violencia obstétrica, lo que inhibe su ulterior búsqueda de atención médica. Se completa así un círculo de repercusiones negativas en su salud.

La organización Compañeros en Salud realiza el proyecto Salud Materna, que aborda la salud materna y perinatal. El proyecto se lleva a cabo, en su mayor parte, en la Casa Materna del HBCAAC, y se propone:

- Facilitar la articulación entre los distintos niveles de atención en la entrega de servicios.
- Crear nuevas oportunidades para la inclusión de proveedores de salud capacitados para la atención obstétrica.
- Dirigir los partos de bajo riesgo al primer nivel de atención.
- Prestar una atención con pertinencia cultural, que considere las preferencias de la población y elevar así la calidad en la atención materno-infantil en Chiapas.
- Contribuir a las discusiones sobre nuevas políticas de salud, documentando un modelo viable de partería con potencial para reproducirse en el resto del país.

## Objetivos del proyecto

Este proyecto tiene los siguientes objetivos:

- Transformar la atención materna provista por el personal de salud (médicos, enfermeros generales, enfermeros obstétricos/perinatales y parteras profesionales) para que sea de calidad, segura, respetuosa e intercultural.
- Fortalecer la Casa Materna Ángel Albino Corzo con los recursos humanos y materiales necesarios para proveer una atención de excelente calidad; asegurar que los partos de bajo riesgo sean atendidos por proveedores capacitados, en una estructura tal que la madre tenga acceso a servicios hospitalarios en caso de haber complicaciones; facilitar el traslado, de ser necesario, a una unidad con capacidad resolutive.
- Reducir las barreras de acceso que enfrenta la población de zonas rurales marginadas, aumentando la accesibilidad a los servicios de atención obstétrica de calidad.
- Recolectar la evidencia y las lecciones aprendidas por incorporar profesionales en partería en el sistema de salud, y demostrar su factibilidad y su valor, para que colaboren en el diseño de las políticas y las iniciativas relativas a la salud materna y perinatal en México.

## **Incidencia política para el fortalecimiento de la partería** *Colaboración del gobierno, la asociación civil y la comunidad*

◀ *Inauguración de la Casa Materna de Ángel Albino Corzo, Compañeros en salud, 27 de marzo, 2017, Chiapas.*

En 2015 nace la colaboración entre las instancias gubernamentales locales, estatales y federales, y la asociación civil Compañeros en Salud (CES) para abordar el tema de la salud materna. Para integrar el programa en el sistema de salud y lograr su sostenibilidad, hubo que establecer acuerdos con los diversos sectores institucionales para mejorar la coordinación



y alinear las metas entre los distintos actores. Hasta el momento, se ha logrado la articulación entre el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), la Jurisdicción Sanitaria IV, el HBCAAC, el Ayuntamiento de Ángel Albino Corzo y CES. Contamos, además, con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR).

El vínculo entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud también es clave para lograr la efectividad del proyecto. Para afrontar los problemas debidos a la dispersión geográfica de la población de esta región, se desarrolló el Programa de Acompañantes de Salud Materna en las 10 comunidades afiliadas a CES. Las acompañantes son trabajadoras comunitarias que hacen visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas, puérperas y en edad fértil, para tratar temas de la salud materna y neonatal. Las acompañantes son, así, el vínculo entre la comunidad y los centros de salud, y entre la comunidad y los servicios obstétricos del HBCAAC. Se están desarrollando, además, sesiones de intercambio de información con las parteras tradicionales de la zona para fortalecer sus conocimientos y concientizar a los proveedores de salud del hospital respecto del conocimiento cultural y técnico de las parteras.

## **Modelo de atención**

La meta del modelo es disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil atendiendo a las mujeres embarazadas cerca de un hospital con capacidad resolutive y asegurando la identificación oportuna de cualesquiera complicaciones. Se pretende replantear la provisión de atención obstétrica de calidad, segura, respetuosa e intercultural, centrada en la madre y la persona recién nacida.

En el actual modelo de atención se prestan servicios obstétricos en las instalaciones del HBCAAC, adecuando la infraestructura y modificando las prácticas para lograr el enfoque descrito. Dicha atención es provista por el Equipo Multidisciplinario de Atención Obstétrica (EMAO), conformado por una partera profesional, una enfermera perinatal y cinco pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, además de médicos y personal de enfermería general. En caso de que una mujer embarazada

deba ser trasladada a una unidad de segundo nivel de atención, CES aporta los vales de gasolina para que el traslado sea inmediato. Esto ha facilitado que las mujeres o las personas recién nacidas sean referidas oportunamente. En los próximos meses, la atención de los partos de bajo riesgo se va a trasladar a la Casa Materna, anexa al hospital, que estará adaptada para brindar el modelo descrito.

Para el alojamiento de la mujer embarazada en trabajo de parto y su acompañante, se utiliza el albergue de las instalaciones del HBCAAC, y para su alimentación se les brindan vales canjeables en un restaurante cercano. También se creó un sistema de transporte de rutina que atiende a las comunidades afiliadas a CES, ya que la distancia es una de las principales barreras por las cuales las familias optan por tener su parto en casa.

En resumen, el modelo de atención aborda el acceso a –y la prestación de– servicios obstétricos, con base en cuatro pilares de atención, como se muestra en la siguiente tabla.

Para el seguimiento y la evaluación del programa se utiliza un sistema de información que tiene por fuentes un registro de actividades diarias y la Lista de Verificación para la Seguridad del Parto (LVSP), diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adaptada al contexto por CES. La lista captura información mediante tabletas electrónicas para facilitar su aplicación y los métodos de seguimiento. Con la LVSP se da seguimiento a los procesos durante la atención del parto para asegurar la provisión de un servicio oportuno y de calidad. Se está desarrollando un sistema automatizado para generar indicadores específicos que puedan consultarse regularmente, sin necesidad de analizar los datos mediante programas estadísticos.

## Recursos humanos

El EMAO se integró para responder a las múltiples necesidades de atención de la salud, reflejo de la diversidad demográfica y epidemiológica de la población, y considerando la variedad de personal competente para proveer servicios de atención obstétrica. Su propósito es fortalecer la oferta a las posibles usuarias.

## ACCESO A LOS SERVICIOS

1	Mejorar la experiencia de las mujeres durante la atención de parto en la Casa Materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. atención clínica y relacional de calidad</li> <li>b. atención respetuosa e intercultural</li> <li>c. acompañamiento</li> <li>d. alimentación y alojamiento</li> </ul>
2	Reducir las barreras de acceso a los servicios de partería para las mujeres embarazadas provenientes de comunidades remotas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. transporte de rutina y de urgencias</li> <li>b. vinculación con trabajadoras comunitarias y parteras tradicionales</li> <li>c. Comité Comunitario de Salud Materna</li> <li>d. fortalecimiento del control prenatal</li> </ul>

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS

3	Aumentar la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. formación y apoyo continuos a los proveedores de servicios obstétricos</li> <li>b. seguimiento y evaluación continuos de los servicios provistos</li> <li>c. fortalecimiento del suministro de los insumos</li> </ul>
4	Mejorar el acceso a atención especializada en caso de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. disponibilidad de transporte de urgencias (ambulancia)</li> <li>b. referencias oportunas y resolutivas</li> <li>c. colaboración interinstitucional</li> </ul>

Dos supervisoras, una especialista en Enfermería Perinatal y la partera profesional, tienen la función de formar in situ a los pasantes, de manera continua, acompañándolos durante sus turnos para fomentar una enseñanza integral enfocada en la solución de los problemas y la provisión de servicios de calidad. Ambas están capacitadas en la atención del parto con un enfoque seguro, respetuoso e intercultural. El reclutamiento anual de los pasantes de servicio social (PSSLEO)<sup>47</sup> es responsabilidad de CES, de acuerdo con los procesos definidos por la ENEO. En el equipo se integra, además de los proveedores de atención del parto, personal de enfermería para el cuidado continuo de las mujeres y las personas recién nacidas. El médico en turno supervisa todas las actividades.

<sup>47</sup> Se trata de pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia (PSSLEO), de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para mantener una atención de calidad clínica, se imparte mensualmente un curso en el que se revisan temas clínicos y relativos a la entrega de servicios de calidad, incluyendo aspectos socioculturales. El curso se basa en la presentación de casos clínicos, su resolución y la revisión del tema, de manera práctica y útil para la provisión de los servicios que el PSSLEO ofrece diariamente. El método de enseñanza de CES facilita la formación continua y el autoaprendizaje. Ante cualquier duda sobre el abordaje clínico y social de un caso, CES apoya su solución, y promueve también la comprensión del contexto y el aprendizaje de formas efectivas de comunicación con la población a la que se asiste.

## Resultados estratégicos

Resumen de los resultados estratégicos como:

- La vinculación interinstitucional.
- La aceptación progresiva del EMAO por los demás proveedores del HBCAAC.
- La transformación gradual de las prácticas de atención obstétrica.

## Desafíos

Los desafíos que afronta el desarrollo del modelo son:

- La falta de recursos: económicos, materiales y humanos.
- La saturación de los servicios de atención perinatal en caso de necesitar un traslado.
- La violencia obstétrica.
- La atención perinatal medicalizada y la aceptación parcial de la necesidad de modificarla.

Desafíos previstos para trasladar actividades del HBCAAC a la Casa Materna:

DATOS CUANTITATIVOS DEL PERIODO AGOSTO 2016-ABRIL 2017		DATOS CUALITATIVOS DEL PERIODO AGOSTO 2016-ABRIL 2017
Total de partos	435	Aumento de satisfacción en los servicios recibidos
Partos atendidos por EMAO	365	
Incremento en el total de partos atendidos en comparación de 2015	17%	
Referencias por identificación de riesgo obstétrico en cualquier momento de la atención	153	
Referencias en ambulancia	109	
Muertes maternas	0	
Muertes neonatales	4	

- La resistencia del personal de enfermería y médico a trasladar las actividades para cubrir las necesidades de la Casa Materna.
- La falta de personal contratado por el hospital, con responsabilidad legal respecto de las actividades de la Casa Materna.
- El aumento de la demanda de servicios de atención obstétrica.

Retos en la implementación en las comunidades afiliadas a CES:

- Las barreras que afrontan las comunidades para acudir a las instituciones de salud (transporte, alimentación, cuidado de los demás hijos, etcétera).
- La falta de acceso a métodos anticonceptivos de mayor aceptación (por ejemplo: implantes, inyección bimensual/trimensual, preservativos).
- La percepción de la morbilidad materna y neonatal como normal.

## 2.10 Evidencias sobre la partería. Tareas compartidas para la atención de la salud materna y neonatal. La salud sexual y reproductiva

*Gynuity Health Projects*<sup>48</sup>



## Introducción

En los últimos años, México ha alcanzado una alta tasa de nacimientos atendidos institucionalmente (94 por ciento) (INSP, 2012), lo que ha dado lugar a la sobresaturación de los servicios públicos de salud con embarazos de bajo riesgo y el consiguiente desvío de los limitados recursos humanos y físicos necesarios para atender urgencias y hacer intervenciones complicadas que demandan habilidades y destrezas de alto nivel. Las iniciativas que México emprendió para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM-5) –es decir, para reducir la mortalidad materna en 75 por ciento para 2015– propiciaron que las clínicas de atención primaria refirieran a las mujeres parturientas al segundo y tercer niveles de atención hospitalaria (SSA, 2008a). Esta tendencia trajo como consecuencia la subutilización de los centros de atención primaria a lo largo de todo el país.

Así, a pesar de las iniciativas mencionadas, México –al igual que otros países– no pudo alcanzar la meta establecida en el ODM-5, y actualmente está dirigiendo sus acciones a cumplir con los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) para 2030 y sus metas: 3.1 (reducir la mortalidad materna), 3.7 (asegurar el acceso universal a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva) y 5.6 (tener acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y a derechos reproductivos). La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), la Confederación Internacional de Parteras (ICM, por sus siglas en inglés), y otras numerosas organizaciones internacionales que trabajan en la salud, hicieron un llamado para integrar modelos de partería, en particular para la atención de embarazos y partos sin complicaciones, a fin

<sup>48</sup> Gynuity es una organización no gubernamental con sede en Estados Unidos, que colabora con entidades como la OMS, la ICM y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para asegurar que la evidencia científica y las mejores prácticas se incorporen a las regulaciones nacionales e internacionales, y que dicha evidencia se difunda ampliamente. Gynuity colabora en México, desde 2007, con varias instituciones públicas y privadas en la investigación clínica y operativa en materia de salud reproductiva y materna; en la capacitación de profesionales de la salud, y brindando apoyo técnico a los gobiernos y los sistemas de salud.

de aumentar la cobertura y la calidad de la atención y disminuir la carga sobre los recursos humanos que prestan servicios de atención de la salud materna y neonatal (UNFPA/CIM/OMS, 2014).

En México ya se han emprendido iniciativas para formar parteras profesionales (PP) (Gobierno del Estado de Guerrero, 2012), enfermeras obstetras (EO) y enfermeras perinatales, e integrarlas en los sistemas públicos de salud (Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2015). A partir de 2011, se han aprobado nuevas políticas y se ha reconocido que tanto la partería técnica como la tradicional tienen cabida en el sistema público de salud. De aquí que se incluyera a las parteras en el catálogo sectorial de puestos del Sistema Nacional de Salud (SSA/DGRH, 2011) y se asignaran recursos financieros para contratarlas en las clínicas rurales de los estados con índices elevados de mortalidad materna (Díaz, 2017). Otras iniciativas al respecto son: la expansión del modelo de partería técnica, la creación de la Asociación Mexicana de Partería y el desarrollo de regulaciones nacionales relevantes actualizadas y basadas en evidencia, como la *Guía de Práctica Clínica (GPC) para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, publicada en 2014, (SSA/CENETEC, 2014a), y la reciente actualización en 2016 de la Norma Oficial Mexicana: para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016, 2016).

Sin embargo, hasta la fecha no se han coordinado acciones para difundir las iniciativas, las regulaciones y los avances antes mencionados. Muchos prestadores de servicios y diseñadores de políticas no están al tanto del potencial que ofrece el trabajo colaborativo entre el personal de salud para la atención del embarazo y el parto sin complicaciones. Tal colaboración permitiría apoyarse en profesionales de partería o de enfermería obstétrica, aunque persiste un buen número de barreras y dificultades que impiden que un prestador de servicios no médico participe activamente en la atención de la salud materna en el sector público. Estas barreras y dificultades incluyen: la resistencia al cambio de la práctica clínica a partir de la información contenida en las regulaciones nacionales e internacionales para la atención materna y neonatal, y la falta de claridad sobre el papel del primer nivel de atención en el sistema de salud. El hecho de que México no cuente con un sistema nacional de

◀ *Estudiante promoviendo el modelo de partería durante su práctica clínica*, Mujeres Aliadas, A. C., 16 de noviembre, 2014, Hospital en el estado de Michoacán.



salud único complica aún más la decisión de aplicar estrategias de alcance nacional.

## Objetivos de la iniciativa

Gynuity Health Projects (Gynuity) desarrolló un proyecto para crear conciencia entre los profesionales médicos practicantes y los administradores de las unidades de salud, sobre las mejores prácticas basadas en evidencia para atender los partos de bajo riesgo y brindar el continuo de la atención de la salud materna y neonatal (SMN), así como de la salud sexual y reproductiva (SSR). Con este trabajo buscamos promover la colaboración entre los diferentes profesionales de la salud disponibles –médicos, enfermeras obstetras y parteras profesionales– a fin de crear un ambiente propicio para la integración gradual de profesionales (distintos de los médicos calificados) en la atención de la SMN y la SSR de calidad. Para lograr estos objetivos se planea impartir un curso teórico dirigido a los médicos y demás prestadores de servicios de la salud que laboran actualmente en las unidades de servicios de atención. El curso incluye la divulgación de normativas, regulaciones y guías del sector salud para atender partos de bajo riesgo y otras intervenciones relativas a la SMN y la SSR, mediante un compendio electrónico de recursos que se entregará a los asistentes.

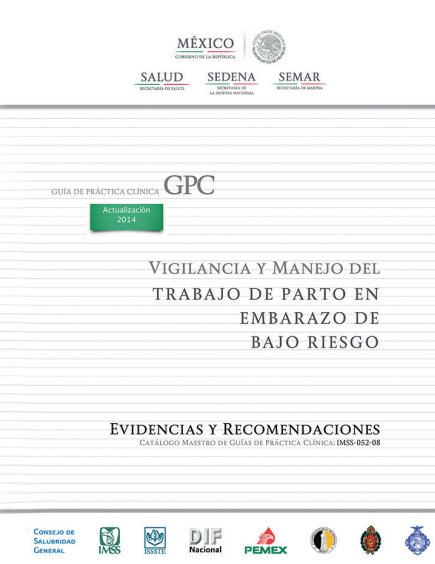
Este proyecto se llevará a cabo en unidades de atención de los dos sistemas públicos de salud más importantes. Para desarrollarlo, se van a seleccionar de seis a ocho estados de la República mexicana, con base en la voluntad política de las autoridades estatales para sumarse a esta iniciativa, y considerando sus acciones en curso para formar PP o EO con modelos de atención de partería e integrarlas en el sector público. Otros criterios de selección son los indicadores de mortalidad materna en el estado y la potencial trascendencia de esta iniciativa. El propósito de este proyecto es trabajar con los niveles más bajos de atención, en donde hay una gran necesidad de PP y EO y, por consiguiente, las oportunidades para estas profesionales son mayores.

## Actividades clave

Las actividades clave de este proyecto son las siguientes: 1) Recopilar y publicar un compendio de recursos basados en evidencia, 2) Identificar facilitadores y líderes de opinión, y prepararlos para dirigir las acciones de divulgación, y 3) Informar a los médicos practicantes de la situación actual.

### 1. Recopilar y publicar un compendio de recursos basados en evidencia

- Publicar la Guía de Referencia Rápida basada en las recomendaciones de la GPC para la vigilancia y el manejo del trabajo de parto en el embarazo de bajo riesgo (SSA/CENETEC, 2014), así como otros protocolos, regulaciones, guías y normativas del sector salud relevantes para la atención del parto de bajo riesgo y para el continuo de la atención durante la vida sexual y reproductiva de las mujeres.
- Organizar en una base de datos electrónica evidencias internacionales de las mejores prácticas para las mujeres y los sistemas de salud –poniendo énfasis en la óptima distribución del personal de salud calificado– para distribuirla en una memoria USB durante las actividades de divulgación.



- Elaborar una bibliografía de la literatura internacional clave que no esté disponible en español.
- Desarrollar un paquete de capacitación en PowerPoint (PPT) que describa las intervenciones clave y las prácticas detalladas en las regulaciones nacionales, incluyendo módulos que describan las mejores prácticas de partería que estén siendo subutilizadas.
- Imprimir material de referencia como carteles informativos que describan prácticas e intervenciones clave, para que se exhiban en áreas concurridas por el personal clínico.

## ***2. Identificar facilitadores y líderes de opinión, y prepararlos para dirigir las acciones de divulgación***

Un “equipo maestro” multidisciplinario de expertos clínicos va a formar entre seis y ocho equipos estatales, también multidisciplinarios, que se encarguen de impartir el curso en las unidades designadas de cada estado. Estos líderes estatales trabajarán en unas 70 instalaciones, priorizando al personal de gineco-obstetricia, enfermería y atención prenatal.

El proyecto también identificará entre tres y cinco escuelas de medicina y enfermería para impartir el curso y difundir el material, y así lograr un alcance a futuro.

## ***3. Informar a los médicos practicantes de la situación actual de la evidencia en la atención del embarazo de bajo riesgo, el continuo de atención de la SMN y la SSR y la prestación de servicios de salud basada en equipos de trabajo***

Durante el curso se va a hacer una encuesta para evaluar el conocimiento, las actitudes, la práctica y la experiencia de los asistentes:

- Conocimiento de las principales regulaciones y del marco legal para la práctica de la partería; de la distribución óptima de

responsabilidades y funciones entre los diferentes profesionales y niveles de atención; de las mejores prácticas y las perjudiciales en la atención del trabajo de parto y el parto de bajo riesgo; de las implicaciones que el concepto de trabajo colaborativo en la atención de la salud tiene para las mujeres y para los recursos del sistema de salud.

- Actitudes ante la distribución de funciones entre el personal de salud, o sobre la supervisión de la PP y la EO, y los retos y oportunidades percibidos.
- Práctica y experiencia con la ampliación del papel de los prestadores de servicios y con el desarrollo de modelos de atención de partería.

Mediante la gestión y la realización de las actividades descritas se espera promover el compromiso de los administradores de las unidades de salud y la eventual integración de parteras o enfermeras obstétricas en sus servicios.

## Resultados esperados

Este proyecto se propone:

- Propiciar en el sector salud el cambio en su percepción del papel de los diferentes prestadores de servicios para la atención de la SMN y la SSR.
- Iniciar una discusión sobre la optimización de los recursos humanos y las responsabilidades diferenciadas de los distintos prestadores de servicios.
- Fomentar un ambiente propicio para la gradual integración de este grupo de profesionales en los sistemas de salud de México.

Entre los resultados esperados está:

- Elevar el nivel de preparación de las parteras profesionales y el

personal no médico calificado para que puedan atender los nacimientos de bajo riesgo.

- Convencer al personal clínico y al personal administrativo responsable de la toma de decisiones de que optimizar la distribución de las funciones en la atención de la SMN y la SSR puede ayudar a incrementar el acceso a una atención de calidad para todas las mujeres.

Se espera que en estas acciones los profesionales de la salud conozcan las mejores prácticas (y las perjudiciales) en la atención del trabajo de parto y el parto, y creen conciencia sobre la necesidad de reducir la medicalización en la atención de mujeres con embarazos de bajo riesgo.

## 2.11 Consulta prenatal en grupo en el primer nivel de atención: aportes para la continuidad y la calidad de la atención; el papel de la partera profesional

*Jacqueline Alcalde, Zafiro Andrade Romo, Evelyn Fuentes Rivera, Miriam Santivañez, Laurie Jurkiewicz, Blair Darney, Instituto Nacional de Salud Pública, Assistant Clinical Professor, UCSF/ SFGH Department of ObGyn & Reproductive Sciences*



## Introducción

Una de las estrategias empleadas a nivel mundial para reducir la mortalidad materna es un control prenatal (CP) adecuado y de calidad; control que consiste en un conjunto de procedimientos que los prestadores de servicios realizan para prevenir, diagnosticar y tratar los factores que condicionan la mortalidad materna perinatal (Reyes y otros, 2016). Si bien diversos prestadores de servicios realizan los procedimientos de CP, tales como los médicos, las parteras profesionales, las enfermeras y otros, la evidencia muestra que las parteras profesionales lo hacen con mejor calidad (Massey y otros, 2006).

En México, a partir de la creación del Seguro Popular en 2003, se han observado mejoras en el acceso al CP (González y otros, 2006). En 2006, su cobertura efectiva alcanzó 67.6 por ciento, y en 2012, 82 por ciento (Heredia y otros, 2013). En las unidades de primer nivel de atención el médico es, por lo general, quien brinda la atención para el CP. Pero a pesar de las mejoras en la cobertura descritas, se han reportado obstáculos para el acceso al CP, como la sobresaturación de los servicios, el incumplimiento de las citas y el prolongado tiempo de espera (Ávila y otros, 2011). Por otro lado, el proceso de referencia al segundo nivel de atención inspira temor y rechazo por el posible maltrato al que se expone la mujer embarazada (López, 2014). Muchas de las complicaciones del embarazo no se detectan en el CP (Cruz y otros, 2004), por lo que para asegurar una consulta prenatal efectiva (AAP/ACOG, 2012), un embarazo saludable y un parto seguro se requiere personal capacitado.

## Iniciativa internacional para renovar la consulta prenatal

Alrededor del mundo, la mayoría de las mujeres embarazadas reciben CP individualizado, donde la actividad primordial es el examen clínico. Sin embargo, la consulta prenatal en grupo (CPG) (OMS, 2016a) es una alternativa innovadora impulsada y liderada por un grupo de parteras profesionales (Jafari y otros, 2010) en Estados Unidos de América (EUA), que

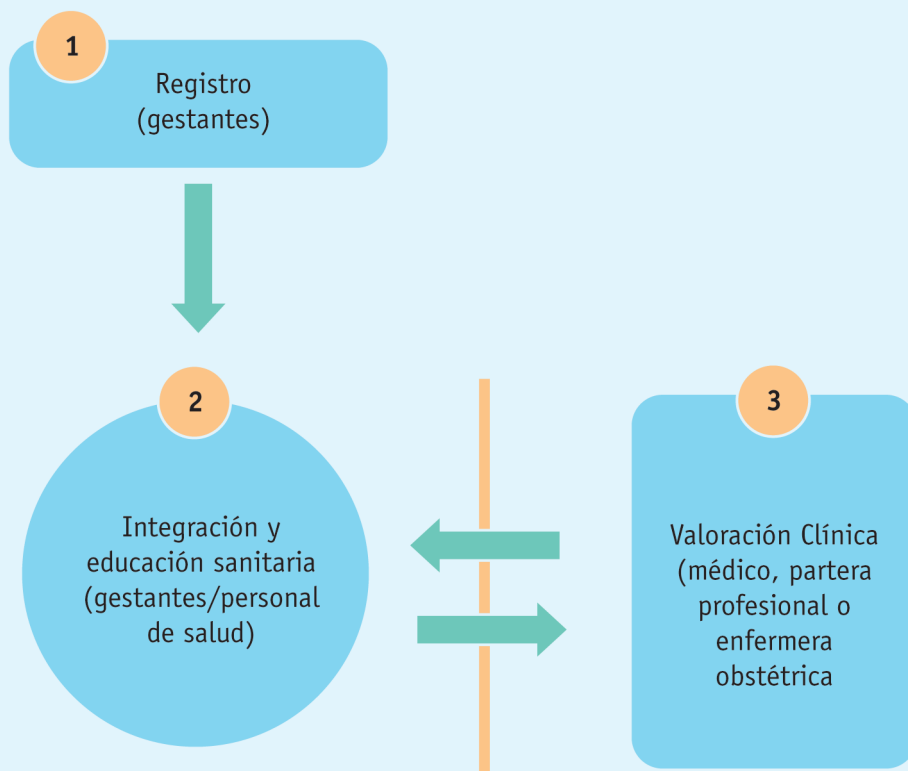
se está aplicando con la participación de otros profesionales del sector de la salud (médico, partera o enfermera obstétrica) (Klima y otros, 2009). La CPG se caracteriza por establecer una relación horizontal entre la mujer embarazada y el proveedor de atención, un papel activo de la mujer embarazada en el seguimiento de su embarazo (Baldwin, 2006) y el impulso al empoderamiento de la mujer embarazada para su cuidado.

A una CPG asisten entre ocho y 12 mujeres con entre 12 y 16 semanas de embarazo. Estas consultas se realizan al interior del grupo (duración de 90 a 120 minutos) y cada mujer recibe de ocho a 10 CPG (DeCesare y Jackson, 2015). En cada CPG se realiza: 1) el automonitoreo: la mujer se mide la presión arterial, se pesa y registra información de su embarazo; 2) el examen clínico: el proveedor de atención revisa la evolución del embarazo, hace un examen físico e identifica los riesgos, y 3) la discusión de temas relevantes para el cuidado del embarazo, el proceso del parto y el puerperio a partir de la experiencia y el saber de las propias mujeres embarazadas (Massey y otros, 2006) en interacción con el personal de salud.

Se ha evidenciado que la CPG (Barger y otros, 2015), frente al CP individual (Hale y otros, 2014), mejora la salud mental de la mujer embarazada (Heberlein y otros, 2016) e incrementa el porcentaje de partos vaginales espontáneos (Catling y otros, 2015; Tilden y otros, 2014), así como la utilización de servicios de planificación familiar y la lactancia materna exclusiva. Se ha observado también un mejor conocimiento para el cuidado adecuado del embarazo y del recién nacido (Benedikts-son y otros, 2013), y las mujeres se sienten mejor atendidas (Hale y otros, 2014). Otros estudios demostraron que los recién nacidos de mujeres que asistieron a CPG tienen menor probabilidad de nacer bajos de peso (6.3 por ciento versus 9.1 por ciento) (Gareau y otros, 2016) o prematuramente (6.3 por ciento versus 9.7 por ciento) (Wernham y otros, 2016; Trudnak y otros, 2013).

◀ *Gestantes del centro de salud Tula que participan en la consulta prenatal en grupo*, Jacqueline Alcalde, s/f.





**FIGURA 1.2.11** Circuito para la consulta prenatal en unidades de primer nivel de atención. México 2016.

## La experiencia en México

Como parte del Proyecto Marco de Partería, el Instituto Nacional de Salud Pública está haciendo un estudio de factibilidad para llevar la CPG a unidades de primer nivel de atención en México, y planea involucrar a entre 200 y 250 mujeres. El modelo de la CPG se adaptó conforme al conocimiento de investigadores, parteras y personal operativo de unidades de primer nivel de atención de los estados de Morelos e Hidalgo. Y

puesto que se implementa sobre la base de los tres procesos descritos en la figura, se integró un equipo (médico y enfermera o trabajadora social, o ambas) en cada centro de salud, al que se capacitó en los aspectos conceptuales y logísticos del modelo. Posteriormente, cada equipo captó mujeres embarazadas y acondicionó espacios para la CPG (figura 1.2.11).

## Resultados iniciales

El modelo de CPG se puso a prueba en tres centros de salud con la participación de 40 mujeres. Los grupos se formaron con entre 10 y 15 mujeres que recibieron un promedio de seis a siete CPG (de 2 a 2.30 horas de duración). Los integrantes de los grupos variaron: en el centro de salud de Hidalgo, las mujeres decidieron participar acompañadas de sus parejas; en un centro de salud de Morelos participan sin acompañante, y en otro con sus parejas, sus hermanas, sus hijos pequeños o sus madres. Los resultados iniciales se recogieron en entrevistas en profundidad a mujeres que participaron en las CPG.

Entre los resultados iniciales se encontró que la mayoría de las mujeres valoran el hecho de participar activamente en el proceso de la CPG. El registrar su peso, su presión arterial y las señales de peligro, de haberlas, afirma su confianza en sí mismas para el seguimiento de la evolución de su embarazo: "No nos habíamos tomado nuestro peso y nuestra presión y ahora lo estamos haciendo y sabemos cómo hacerlo y sabemos cómo va aumentando nuestro peso y siento que es algo muy práctico para nosotras".<sup>49</sup>

Todas las mujeres entrevistadas reconocieron que el método participativo de la CPG les permitió aprender y comprender diversos aspectos de la evolución del embarazo, el parto y el puerperio. El compartir experiencias entre ellas les permitió analizar determinados temas y reflexionar al respecto, y les generó mayor confianza. Algunas de ellas manifestaron haber logrado manejar mejor su estrés. Otro aspecto moti-

<sup>49</sup> Mujer embarazada, entrevista, paciente de consulta prenatal en grupo, 2017, abril, Acatlipa, Morelos.

vador de la CPG es que las mujeres se sienten escuchadas, pueden opinar, y sus pares y el personal de salud respetan sus opiniones. Gracias a esta valoración, las mujeres manifestaron satisfacción por la atención recibida y reconocieron una relación de mayor confianza con el personal de salud: "La atención en grupo es más cómoda, más práctica y es diferente a la individual porque nos sentimos mejor en grupo; bueno, yo me siento mejor que estar allá sola en mi hogar".<sup>50</sup>

Las mujeres embarazadas valoraron la participación de su pareja o de un familiar como algo positivo porque el acompañante aprende acerca de los cuidados durante el embarazo. Algunas mujeres manifestaron que su pareja las cuida mejor y les recuerda lo que deben o no deben hacer para evitar problemas. Reconocen que el personal era el mismo en todas las CPG, que les dio un buen trato, que el tiempo de espera era "cero" y que esto era resultado del trabajo del equipo de salud (médico, partera y enfermera): "Pienso que sí está bien y sí es calidad porque aquí está la doctora, la enfermera y la partera, y si tú vas al centro de salud no vas a encontrar a todas estas personas más que a la doctora".<sup>51</sup>

## Discusión

Los beneficios del modelo de la CPG, liderado inicialmente por parteras, se reflejan en la calidad y la continuidad de la atención durante el embarazo. Entre estos beneficios se destacan los derivados del uso de técnicas participativas que permiten construir un entorno de confianza en el grupo y una relación horizontal entre la mujer embarazada y los proveedores de la atención (Heberlein y otros, 2016a). Se destaca también el buen trato que las mujeres percibieron durante la CPG. El que un mismo equipo de profesionales realice las CPG durante todo el embarazo facilita el seguimiento de la usuaria y fortalece la continuidad de la relación

<sup>50</sup> Mujer embarazada, entrevista, paciente de consulta prenatal en grupo, 2017, abril, Acatlipa, Morelos.

<sup>51</sup> Mujer embarazada, entrevista, paciente de consulta prenatal en grupo, 2017, abril, Acatlipa, Morelos.

entre la usuaria y el proveedor de atención (Haggerty y otros, 2003). Sin embargo, la persona idónea para realizar la CPG es la partera profesional; por ello, en México es necesaria una mayor presencia de estas profesionales en las unidades del primer nivel de atención, para evitar medicalizar la atención del embarazo. La reducción del tiempo de espera, por su parte, es un indicador sumamente valorado por los usuarios de los servicios de salud.

Los resultados iniciales de este estudio de factibilidad de la implementación de la CPG en las unidades de primer nivel de atención muestran que las mujeres embarazadas están muy satisfechas con la atención recibida, por lo que es necesario extenderla a otros centros de salud y otros estados.

## **Conclusión**

La CPG es una estrategia innovadora para la atención de las mujeres embarazadas en las unidades de primer nivel de atención. Requiere personal entrenado y, dada su formación, consideramos que las parteras profesionales son el personal de salud ideal para aplicar este modelo.



## 2.12 La legislación de la atención de la salud materna en México, ¿protege el ejercicio de la partería?

*Georgina Sánchez Ramírez*



## Introducción

Este breve recorrido por la legislación en materia de salud materna en México, y su vínculo con la partería, se desprende de un capítulo mayor del libro *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México* (Sánchez, 2016:209-223). Por tanto, agradecemos la oportunidad de difundir en otros espacios este aspecto fundamental para el ejercicio libre y responsable de la partería en el país.

## Planteamiento del problema

Desde el espectro de la legislación para el cumplimiento del derecho a la salud, incluyendo el derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, las voces de las mujeres del mundo entero han influido en la búsqueda histórica de equidad en el acceso a la justicia social. Esta influencia ha permeado conferencias internacionales, leyes y normas que responden a las demandas de mejores condiciones de vida y de salud para la población en general, y para las mujeres en particular. Dada la complejidad del tema, en este apartado nos centramos en el desarrollo de nuestro derecho, en cuanto ciudadanas, a ser atendidas de acuerdo con nuestros deseos, expectativas y necesidades en general, así como en lo tocante a la atención del embarazo, el parto y el puerperio. El tema alude, a su vez, a los derechos de las parteras y sus posibilidades legales de ejercer en los ámbitos rural y urbano, sin restricciones que puedan orillar su ejercicio a la clandestinidad.

En este sentido, el presente artículo se circunscribe en el marco legal de las Casas de Parto (CP) en México,<sup>52</sup> y de los obstáculos legales para el reconocimiento de la partería profesional. Puede decirse, en síntesis, que las CP se encuentran al margen de la legalidad, ya que tanto la

<sup>52</sup> Las Casas de Parto en México son similares a las casas habitación de las áreas urbanas, y están habilitadas para atender embarazos y partos de bajo riesgo, así como el puerperio, al margen del ámbito hospitalario. Las atienden, por lo general, parteras profesionales que ofrecen una gama de servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. No obstante, la Secretaría de Salud no las reconoce.

Secretaría de Salud (ssa) como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) han dado reiteradas excusas para otorgar los permisos que las acrediten como tales. Por consiguiente, la promoción de las CP se hace de manera velada, con lo que la sociedad y el personal de salud persisten en la falta de reconocimiento de estas casas y de la labor de las parteras.

## Marco legal

El Estado mexicano ha firmado tratados, acuerdos, leyes y normas en que se compromete a garantizar el respeto, la libertad y la seguridad de las mujeres. Lo que contradice los obstáculos para reconocer legalmente las CP, que son precisamente una opción para las mujeres que buscan un trato humanitario en el embarazo, el parto y el puerperio. Las CP deberían ser, por tanto, legalizadas y promovidas como una opción para parir fuera del ámbito hospitalario en México.

Si las CP conocen los términos legales que las afectan, pueden fortalecer su constitución, mientras que si los ignoran, esto puede representar una debilidad para optar por su legalización. Nos referimos a los aspectos legales identificados principalmente en las normas oficiales mexicanas (NOM). Por ejemplo:

- En su artículo 47, la *Ley general de salud* estipula que los establecimientos de atención de la salud deben exponer públicamente el tipo de servicios que ofrecen (DOF, 2015:17). En el artículo 23 del Reglamento de esta misma Ley, en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se indica que en dichos establecimientos se deben exhibir los títulos profesionales, diplomas o certificados que acrediten a su personal (DOF, 2014:6).
- En la NOM-007-SSA2-2016 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida, se encuentra la mayor cantidad de aspectos relativos a la labor de las CP (DOF, 2016).



## Vacíos legales

Hemos identificado también prohibiciones, limitaciones y vacíos legales que deben considerarse. Encontramos limitaciones en las leyes federales y en algunas NOM como, por ejemplo, en la NOM005-SSA3-2010, que define la infraestructura y el equipamiento mínimos de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios (DOF, 2010). Encontramos pocas prohibiciones, pero muy claras, tales como las señaladas en el artículo 111 del Reglamento de la *Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica*, que prescribe las actividades que no debe realizar el personal “no autorizado en la prestación de servicios de obstetricia” (SSA, s/f). Dos vacíos de gravedad llamaron nuestra atención durante la investigación:

1. La falta de una definición de la violencia obstétrica en el apartado 6 de la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, en el que se tipifican las “violencias” que deben ser evitadas y, en su caso, sancionadas. La gravedad de este vacío responde a que la violencia obstétrica es precisamente por lo que las mujeres optan por parir en lugares diferentes de los institucionales. Durante la investigación pudimos conocer la última iniciativa de ley al respecto, propuesta a la Cámara de Diputados, que no solo fue rechazada, sino *precluida*; es decir, que ya no se va a someter a discusión. Esta resolución fue determinada por la Junta de Arbitraje Político, cuyas sesiones y decisiones no son públicas,<sup>53</sup> por lo que los motivos se descono-

<sup>53</sup> El período de datos recopilados para esta investigación abarcó de enero de 2014 a agosto de 2016, y mediante el análisis del contenido del Boletín 5462 de la Cámara de Diputados se pudo conocer que se había lanzado la iniciativa para incluir la Violencia Obstétrica en el Art. 6 de dicha Ley dentro de los trabajos de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados, por conducto de la diputada Martha Michel Camarena, con fecha de 15 de diciembre de 2014. Y si bien fue aprobada en comisiones, la iniciativa ya no se llevó al Pleno. No obstante, existe un proyecto de decreto de reforma al artículo 6 para incorporar el concepto de Violencia Obstétrica, con fecha de 9 de febrero de 2016, de la diputada panista Martha Cristina Jiménez Márquez, el cual se muestra como: “pendiente” de trámite, y por último lo que a la fecha de enero de 2018 se puede localizar en la liga: <file:///C:/Users/Geo/Downloads/3.a%20Violencia%20Obste%CC%81trica%20(1).pdf>

cen. Juega en este caso un papel importante, por tanto, lo que las entidades federativas puedan normar al respecto. Cabe entonces recordar que en 22 estados de la República prevalece también este vacío.

2. El vacío en torno a la certificación, que sorprende dado el creciente interés por abrir nuevas escuelas de partería y lograr el reconocimiento legal de esta profesión.

Identificamos dos grupos:

- a) El de las parteras tradicionales o empíricas.
- b) El de las parteras formadas profesionalmente, es decir, en centros educativos.

### ***Las parteras tradicionales***

Con respecto a las parteras tradicionales, la Norma Técnica de Competencia Laboral (NTCL) de “Atención integral a la mujer y a la niña o niño antes, durante y después del nacimiento” ha servido de marco para certificar a las parteras tradicionales de diferentes entidades del país, a partir de 2007, fecha señalada en el documento al que tuvimos acceso, publicado por la SSA y el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER). El propósito de esta norma, según dicta el propio documento, es:

Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que se dedican a la atención de la mujer y de la niña o niño antes, durante y después del nacimiento, en el marco de un contexto cultural tradicional de una comunidad, y que, en su momento, tienen la responsabilidad de mantenerse en constante comunicación con el personal de salud correspondiente. Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de

de la Cámara de Diputados de la LXII Legislatura, es una propuesta de compromiso hacia espacios 100 por ciento libres de Violencia Obstétrica en instituciones públicas de salud, como parte de los trabajos de la Comisión Especial de Delitos Cometidos por Razones de Género.

programas de capacitación y de formación basados en NTCL (CONOCER, 2007:1).

En ella se señala la ocupación de “partera” con el código 0913-09, y se mencionan las actividades básicas que puede desempeñar, sus conocimientos y sus habilidades. Sin embargo, y este es el motivo de nuestra preocupación, dicha NTCL nunca fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), como debió hacerse, ni presenta las firmas y los sellos correspondientes (véase al respecto: Sánchez, 2016:218-220). El propio CONOCER hoy en día no la reconoce.

### ***Las parteras profesionales***

Con respecto a la formación profesional de las parteras, nos encontramos, por ejemplo, con que el sustento legal de las parteras egresadas de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A. C.,<sup>54</sup> (CASA, A. C., s/f) está dado en el acuerdo 176-97,<sup>55</sup> celebrado por este centro de formación y la Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato, que reconoce a CASA como centro educativo con la clave 11PET0143N. Gracias a este acuerdo, las egresadas de CASA obtienen un grado técnico y tienen “la capacidad de obtener su cédula profesional reconocida en todo México y en los países donde la Secretaría de Educación tenga convenios de validez” (CASA, A. C., 2015).

Llama la atención que en el artículo 4° de la *Ley de profesiones del estado de Guanajuato*, que enumera las profesiones para cuyo ejercicio en el estado de Guanajuato es preciso estar titulado, no aparece la partería. En una revisión de esta ley para todas las entidades federativas y el Distrito Federal<sup>56</sup> encontramos que las listas de profesiones de Morelos y de Puebla sí incluyen a la “partera” (cabe mencionar que su última

<sup>54</sup> La Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A. C. es la primera escuela reconocida en México para el estudio profesional de la partería. Está ubicada en San Miguel de Allende, Guanajuato.

<sup>55</sup> En esta investigación no tuvimos acceso físico a este acuerdo.

<sup>56</sup> Ahora Ciudad de México.

actualización es de 1968 y 1932, respectivamente). La lista de Sinaloa menciona, en su artículo 3º, al “partero” y deja abierta la posibilidad para otras profesiones. Mientras que la Ley de 1957 del Estado de México, que contempla la partería, fue abrogada y no pudimos localizar una versión actualizada.

Las listas de Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca y Tamaulipas son exhaustivas; incluyen la formación técnica, las maestrías y los doctorados. Y en ninguna de ellas aparece la partería. En el texto de la ley de Sonora, Tabasco y Veracruz se abre una oportunidad en el renglón: “Y las demás profesiones contenidas en los planes de estudios [...]”. En el resto de las entidades no se especifican las profesiones.

### ***Epílogo a manera de conclusión***

Es evidente que en nuestro país hace falta adecuar los reglamentos y las normas oficiales sobre la atención del ciclo reproductivo de la mujer para legalizar las diferentes opciones para parir, de acuerdo con los derechos que garantiza nuestra Constitución y conforme a los marcos jurídicos internacionales.

En diciembre de 2016 y marzo de 2017 se realizaron sendos foros en el Senado de la República para regular la partería y las CP, a fin de contribuir a una mejor salud materna en México. En ambos foros tuvimos la oportunidad de exponer de manera sucinta la necesidad de ampliar el marco legal mexicano para proteger el ejercicio de la partería y validar las CP. Resulta alentador que en agosto de 2017, la senadora Andrea García García manifestara su interés por trabajar en el reconocimiento de la Norma Técnica de Competencias Laborales que ampararía la certificación de la partería profesional en el país, si se logra publicar en el DOF, con el correspondiente reconocimiento del CONOCER como profesión libre y legal en México.

Deseamos que dicha iniciativa no se quede en el entusiasmo inicial y llegue a término, para el bienestar de las nuevas generaciones de parteras, madres y familias que las acompañen en el parto.



# 3 Formación

## La formación en partería en México<sup>1</sup>

*Lucille C. Atkin*  
*Kimberli Keith-Brown*  
*Martha W. Rees*  
*Paola Sesia*



## Introducción

La Fundación MacArthur solicitó –y apoyó– el levantamiento de una línea de base sobre la situación de la partería profesional en México, que abarcara cinco componentes claves para la institucionalización de la partería: a) el marco normativo y legal, b) los actores que definen la agenda pública, c) los programas de formación en partería, d) las oportunidades y las condiciones laborales en los servicios de salud, y e) la calidad de la atención en los servicios (Atkin y otros, 2017). Con estos componentes se buscó aportar evidencia para promover la integración de la partería profesional en la agenda pública de salud como estrategia para mejorar la calidad de la atención prenatal y obstétrica, reducir la morbilidad materna y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que México ratificó en 2015 (ONU, 2015). En dicha línea de base se identificaron 11 programas de formación en partería que se encuentran funcionando en el país y tienen como requisito para la graduación haber atendido un mínimo de 40 partos. Estos programas se concentran principalmente en la Ciudad de México, el centro y el sur del país.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), conformada por la SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP), extiende recomendaciones técnicas para la acreditación de todos los programas académicos en salud. Esto habilita los programas para tramitar el Registro de Validez Oficial de Estudios (RVOE) ante la SEP. Con este registro, los programas de formación pueden dar a sus alumnos una cédula oficial que les permita ser contratados en el sector público. Las escuelas autónomas de partería no tienen acceso al RVOE y, por lo tanto, sus egresadas solo pueden ejercer en el sector privado.

La CIFRHS también emite recomendaciones sobre procesos y mecanismos de certificación del personal de salud, incluyendo a las enfermeras, por medio de exámenes nacionales como requisito para graduarse.

<sup>1</sup> Este texto es un fragmento del documento Partería en México (Atkin y otros, 2016), que resume los hallazgos en una línea de base sobre la situación de la partería profesional en México, realizado con el apoyo de Fundación MacArthur.

En 2014 se creó un subcomité en partería, y actualmente se prepara una propuesta de competencias para la certificación de parteras, lo que ayudará a homologar los distintos recorridos educativos.

En la línea de base se revisaron los programas de formación para identificar en qué medida incluían prácticas basadas en la evidencia. Se utilizó una lista de 20 prácticas: las 17 recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tres prácticas orientadas a fortalecer la pertinencia cultural de la atención (Sachse y otros, 2012). Se halló que los programas de formación autónomos imparten la totalidad de estas prácticas, mientras que los de partería técnica imparten 19. Los demás programas ofrecen menos formación en prácticas basadas en evidencia (entre 13 y 16).

Plantea un reto adicional en la formación de personal de partería la falta de oportunidades para hacer sus prácticas en servicios obstétricos con un acompañamiento y una supervisión adecuados. Dado que hoy en día la práctica obstétrica hospitalaria no incorpora totalmente prácticas basadas en la evidencia, surgen dificultades para aplicarlas en los entornos clínicos donde las estudiantes hacen campos clínicos. Durante la fase práctica, en ocasiones las estudiantes son instadas a utilizar prácticas y maniobras que no están actualizadas de acuerdo con la evidencia científica; prácticas que en sus estudios teóricos les enseñaron a evitar. Esto pone de manifiesto la necesidad de crear campos clínicos que utilicen de forma rutinaria prácticas basadas en evidencia para fortalecer las habilidades y competencias de las estudiantes de partería.

Para que las parteras atendieran solo 20 por ciento de los 2 400 000 partos anuales (o sea 480 000 partos), México necesitaría por lo menos 2 700 parteras calificadas (OMS, 2005). Muchas más aún si se quisiera alcanzar los porcentajes de los países que institucionalizaron la partería, como Perú y Chile (60 y 70 por ciento, respectivamente). Se estima que con los recursos y las plataformas docentes del país, México podría quintuplicar en poco tiempo el número de parteras egresadas. En particular, el nuevo programa de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM),<sup>2</sup>

◀ *Práctica de Fundamentos de Enfermería para determinar grupo sanguíneo*, Iris Meza Bernal, octubre 2017, Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, Erongarícuaro, Michoacán.

<sup>2</sup> El nuevo programa de la ENEO iniciado en 2015 pone énfasis en la práctica de la obstetricia basada en la evidencia con una perspectiva de género.



cuya primera generación de enfermeras obstétricas egresará en 2018, y sus 17 programas afiliados, así como los nuevos programas de partería en Michoacán y Oaxaca, garantizan la posibilidad de este crecimiento notable.

Sin embargo, para que este crecimiento de la fuerza de trabajo sea posible, habrá que abordar las siguientes barreras: la falta de espacio físico en las escuelas, la falta de unidades clínicas donde las estudiantes puedan realizar sus prácticas, el alto costo de los cursos y las pocas becas para las estudiantes. Es necesario, finalmente, mejorar las condiciones de contratación y la remuneración para asegurar su estabilidad laboral.

## Recomendaciones

De lo anteriormente expuesto se derivan las siguientes recomendaciones:

- Promover el establecimiento de más entornos clínicos donde las estudiantes puedan aplicar prácticas basadas en la evidencia.
- Garantizar que todos los programas de estudio capaciten a las parteras en las siete competencias básicas de partería y en las prácticas basadas en la evidencia, asegurando la inclusión de contenido transversal de derechos, género e interculturalidad.

### 3.1 Percepción de los cambios producidos por la enseñanza de parteras tradicionales experimentadas de Xochistlahuaca, Guerrero

*Sergio Paredes Solís, Abraham de Jesús García, Geovani Valtierra Gil, David Gasga Salinas, José Legorreta Soberanis, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero*



## Introducción

Este artículo recopila las experiencias de parteras tradicionales como transmisoras de la partería a jóvenes aprendices en el estado de Guerrero. Esta información deriva del proyecto Supervivencia Neonatal, Seguridad Cultural y Partería Tradicional en Comunidades Indígenas del estado de Guerrero, México<sup>3</sup>, que promovió el trabajo colaborativo de parteras y promotores indígenas de salud formados por el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero. Esta experiencia evidenció que la atención del parto por parteras tradicionales es, para la mujer, tan buena o incluso mejor que la de los servicios de salud locales. La investigación, un ensayo comunitario pragmático,<sup>4</sup> se desarrolló de 2008 a 2012.

En este trabajo se entrevistó brevemente a personas participantes en el proyecto (usuarias, parteras experimentadas, aprendices de partería tradicional, promotores indígenas y coordinadores) sobre la percepción de los cambios en su práctica cotidiana como resultado de tal participación. Presentamos experiencias identificadas en las narraciones de cuatro parteras tradicionales experimentadas.

## Antecedentes

El objetivo de la investigación era demostrar que los partos atendidos por parteras tradicionales experimentadas dan resultados iguales a los que se obtienen en los partos institucionales, y tienen para las comunidades indígenas una clara ventaja debida a la seguridad cultural. Para obtener los resultados de la línea basal del proyecto se aplicó un cuestionario a 1 723 mujeres en edad reproductiva, que arrojaron los siguientes resultados:

<sup>3</sup> El proyecto Supervivencia Neonatal, Seguridad Cultural y Partería Tradicional en Comunidades Indígenas del estado de Guerrero, México, fue financiado por UBS Optimus Foundation (Zúrich, Suiza). Los investigadores principales fueron los doctores Neil Andersson, Ascencio Villegas Arrizón y Sergio Paredes Solís, del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad Autónoma de Guerrero (Ca. 2012).

<sup>4</sup> Ensayo para evaluar el impacto de una intervención realizada en la vida cotidiana de las participantes.

1. Las mujeres buscaron consejos y cuidados de las parteras durante el embarazo y el parto: 58 por ciento de las entrevistadas manifestó que sus partos fueron asistidos por parteras, y una proporción similar solo acudió a ellas para recibir cuidados prenatales.
2. Las parteras tradicionales experimentadas son un vínculo clave, aunque subvalorado, con los servicios médicos: las mujeres fueron siete veces más proclives a acudir a los servicios médicos para el control prenatal por recomendación de la partera. La mitad de las parteras tradicionales experimentadas entrevistadas acompañaron personalmente a alguna de sus pacientes al hospital.
3. El desgarro de perineo fue menos frecuente en los partos asistidos por parteras tradicionales experimentadas (12.5 por ciento) que en los asistidos por médicos (15.3 por ciento), y hubo menos infecciones de las heridas (14 por ciento con parteras y 19 por ciento con médicos).
4. El medio culturalmente seguro del parto tradicional contrasta con la distancia cultural en los servicios de salud públicos. A diferencia del personal de las instituciones de salud, las parteras tradicionales experimentadas hablan la lengua local, comparten la cosmovisión de sus usuarias, proveen cuidados prenatales acordes con los valores y las expectativas de las mujeres, respetan la posición del parto que la parturienta prefiere, permiten la presencia de familiares y evitan prácticas consideradas vergonzosas o humillantes.

Sobre la base de estos resultados, se puede señalar que la intervención de las parteras tradicionales experimentadas no solo ofrece seguridad cultural a las mujeres indígenas, sino que les brinda una atención competente en el parto y promueve el uso de los servicios médicos. Fomenta, además, estrategias que mejoran el acceso oportuno a la atención hospitalaria en caso de emergencia obstétrica, y garantiza una ética de seguridad cultural. Este tipo de atención es un recurso necesario para lograr un parto seguro –en términos médicos y culturales– en las comunidades que forman parte del proyecto.

◀ *Parteras tradicionales experimentadas y aprendices de partería,*  
Sergio Paredes  
Solís, abril 2010  
Xochistlahuaca,  
Guerrero.

El objetivo de la actividad central del proyecto fue apoyar la partería tradicional fomentando el aprendizaje (partera-aprendiz), para asegurar la continuidad de las prácticas tradicionales, así como la reposición de las parteras (80 por ciento de las parteras tradicionales experimentadas del proyecto tiene más de 50 años de edad). Se impulsó también el trabajo en equipo de las parteras y los promotores de salud indígenas formados en el CIET, que se mueven con comodidad en el sistema plural de atención de la salud. Tres de las cuatro parteras participantes en este proyecto solicitaron un espacio para la enseñanza de la partería. Surgió así la casa de la partera, un cuarto adaptado y amueblado para la atención de partos.

## **Percepción de los cambios producidos por la enseñanza de la partería**

Se describen a continuación las experiencias de las parteras tradicionales experimentadas en la atención y la enseñanza, por temas:

- Beneficios de la enseñanza
- La vocación de enseñar
- La necesidad de más aprendices
- Apoyo para las parteras
- Problemas con los promotores
- Mejores vínculos con las instituciones
- Adaptación cultural
- Relevo generacional
- Un espacio para la atención y la enseñanza
- La aceptación de la partera
- La aceptación del proyecto
- La continuidad de la partería
- Competencias primordiales de la enseñanza
- Conflicto político comunitario
- Educadoras naturales
- Calidez
- Seguridad cultural

## ***Beneficios de la enseñanza***

Las parteras tradicionales experimentadas afirmaron que aprendieron más sobre la partería desde que empezaron a enseñar, y mostraron disposición para transmitir sus conocimientos. Algunas ya enseñaban antes de integrarse al proyecto, pero no lo hacían como algo prioritario ni sistemático, y a partir del proyecto invirtieron más tiempo en la enseñanza de la partería y, en algunos casos, de la curandería. El proceso de enseñanza-aprendizaje varió según la localidad; en algunas localidades las parteras consideraban que las aprendices ya estaban preparadas para atender partos, y en otras el proceso fue más lento. Las parteras delegaban responsabilidades a las aprendices en la medida en que estas adquirirían competencias.

## ***La vocación de enseñar***

Todas las parteras tradicionales experimentadas mencionaron que la experiencia es un factor de suma importancia para la enseñanza. Como ejemplo narraron sus vivencias personales, los partos que tuvieron y –en algunos casos– cómo practicaron la autoatención, experiencias que fueron vitales en su formación. Durante el proceso de enseñanza, algunas parteras se mostraron optimistas y motivadas, y otras se desalentaban al no observar los resultados deseados a corto plazo, pero perseveraron. La formación de las aprendices fue un reto para las parteras tradicionales experimentadas, ya que a pesar de su disponibilidad y su vocación para la enseñanza, era necesario el interés y el compromiso de las “alumnas”, factores que no dependen directamente de la partera.

La ausencia de embarazadas en una comunidad de escasa población también fue un obstáculo. En la comunidad Cerro Bronco son pocas las embarazadas que acuden a la casa de la partera y las aprendices se quejaban de ello. Ante esta eventualidad, la promotora y las dos aprendices salieron a visitar a las embarazadas de la región para informarlas del servicio.

## ***La necesidad de más aprendices***

La partera Rebeca<sup>5</sup> y sus dos aprendices decidieron invitar a mujeres jóvenes para enseñarles la partería. Esta idea surgió a raíz de que las parteras tradicionales experimentadas dejarían la práctica por su edad avanzada. Otras parteras tenían solo una aprendiz porque no habían encontrado más voluntarias.

## ***Apoyo para las parteras***

Por su edad, las parteras tradicionales experimentadas mencionaron que se sentían cansadas y su labor era muy pesada, por ello percibían a las aprendices como un gran apoyo. Esto se reflejaba sobre todo durante el trabajo de parto, ya sea como auxiliares o sosteniendo a la parturienta, lo que complementaba la atención del embarazo y el parto. También se sentían respaldadas por las aprendices para traducir al español.

Algunas parteras tradicionales experimentadas recibían ayuda de los promotores para medir la presión arterial (todas las parteras consideraron positiva esta revisión) y para llenar el formato para el registro del recién nacido. Los promotores son el puente de comunicación de la partera con los servicios de salud y las autoridades civiles.

## ***Problemas con los promotores***

Algunas parteras tradicionales experimentadas coincidieron en que el promotor no cumplía con las responsabilidades de registrar a todas las embarazadas y visitarlas en sus casas. En Arroyo Grande, por ejemplo, el promotor se ausentaba constantemente de la comunidad por problemas de salud; en otros casos, sus actividades laborales les impedían dedicar más tiempo al proyecto.

<sup>5</sup> Rebeca, entrevista, partera tradicional, 2012, febrero, Arroyo Grande, Xochistlahuaca, Guerrero.

## ***Mejores vínculos con las instituciones***

Las parteras tradicionales experimentadas canalizaban a las mujeres embarazadas con complicaciones al hospital o a una unidad privada. Por ejemplo, doña Martina<sup>6</sup> tiene un vínculo de colaboración con un médico particular y doña Tranquilina,<sup>7</sup> con el hospital de la cabecera municipal. Esto refleja la disposición de las parteras tradicionales experimentadas de cooperar con el sistema oficial de salud. Las parteras tradicionales experimentadas no están en contra de las instituciones de salud; ellas ayudan a que la mujer acuda a una unidad médica cuando identifican problemas que no puedan resolver o si la mujer así lo decide. El acompañamiento de la mujer a los servicios de salud lo pueden hacer las parteras tradicionales experimentadas o la aprendiz. Cuando la usuaria es monolingüe, prefiere que la acompañe la aprendiz.

## ***Adaptación cultural***

Las parteras tradicionales experimentadas afirman que las usuarias están conformes con la atención que se les brinda en la casa de la partera, ya que la construcción y el mobiliario son semejantes a sus propias casas. La consideran como una extensión del hogar, tienen privacidad y comodidad, y gozan del acompañamiento de algún familiar en el momento del parto.

## ***Relevo generacional***

Las parteras tradicionales experimentadas reconocieron que pronto dejarían su labor. Una de ellas, doña Maura,<sup>8</sup> sentía la proximidad de su

<sup>6</sup> Martina, entrevista, partera tradicional, 2012, febrero, Xochistlahuaca, Guerrero.

<sup>7</sup> Tranquilina, entrevista, partera tradicional, 2012, febrero, Llano del Carmen, Xochistlahuaca, Guerrero.

<sup>8</sup> Maura, entrevista, partera tradicional, 2012, febrero, Cerro Bronco, Xochistlahuaca, Guerrero.



muerte por vejez. Como ella, más mujeres veían como algo positivo el transmitir sus conocimientos a mujeres más jóvenes para perpetuar la partería tradicional, y consideraban que eso debería ser una obligación del gobierno.

### ***Un espacio para la atención y la enseñanza***

La casa de la partera se considera de gran ayuda para las parteras y la comunidad. El espacio se dedica exclusivamente a la atención y la enseñanza. Una atención cerca del hogar, enmarcada en el contexto cultural de las usuarias.

### ***La aceptación de la partera***

La comunidad reconoce, acepta y respeta el trabajo de las parteras tradicionales experimentadas. Algunas han atendido partos de tres generaciones. A la partera Tranquilina la nombran abuela como muestra de respeto. Las parteras tradicionales experimentadas han percibido que el proyecto les devolvió el estatus que habían perdido en sus comunidades.

### ***La aceptación del proyecto***

Las parteras tradicionales experimentadas consideran que en las localidades se ha aceptado el proyecto porque ofrece las condiciones necesarias para que puedan desempeñar su trabajo y enseñar. Lo percibieron así por el incremento de mujeres que acudían para el acomodo del bebé o para la atención del parto, y por los comentarios positivos que les hicieron. Las mujeres consideran que la continuidad de esta práctica y la formación de nuevas parteras es benéfico para ellas.

## ***La continuidad de la partería***

Todas las parteras tradicionales experimentadas coincidieron en que es importante continuar con esta práctica porque es la forma de seguir ayudando a las mujeres embarazadas. Consideran que la enseñanza que se inició con este proyecto puede dar continuidad a la partería, en particular en comunidades alejadas de la cabecera municipal.

## ***Competencias primordiales de la enseñanza***

Entre las competencias que una aprendiz debe adquirir para llegar a ser una partera están, por ejemplo, acomodar al bebé en el vientre, saber cuándo indicarle a una parturienta que puje, sacar la placenta, usar medicina tradicional en ciertos casos, así como diagnosticar y curar al bebé de ciertas enfermedades.

## ***Conflicto político comunitario***

Algunas personas de las localidades pensaron que la construcción de la casa de la partera tenía el respaldo de algún partido político. Creían que los participantes del proyecto percibían un gran salario y que por eso no debían cobrar por sus servicios, lo que causó conflicto en algunas de las parteras tradicionales experimentadas que colaboraron con el proyecto. Al principio se explicó a la comunidad que el proyecto no pertenecía a un partido político, ni a una religión, ni a la Secretaría de Salud, sino que era parte de un estudio que realizaba una institución educativa. Cuando sucedieron estos conflictos, el equipo de trabajo aclaró la situación a la localidad.

## ***Educadoras naturales***

Algunos conceptos que son importantes para el aprendizaje de la partería salen a flote de manera natural. Por ejemplo, hacer hincapié en que

la atención debe brindar a la parturienta calidad, calidez, respeto, acompañamiento, valor y confianza. Las parteras tradicionales experimentadas mencionaron estas características y cualidades que las aprendices deben tener para llegar a formarse como parteras.

### ***Calidez***

El servicio que brindan las aprendices tiene que ser bueno, deben ser respetuosas, pacientes y hacer bien su trabajo, así lo expresaron las parteras tradicionales experimentadas y quieren que esto lo reproduzcan las aprendices cuando les toque enseñar.

### ***Seguridad cultural***

Para las parteras tradicionales experimentadas, el desarrollo del proyecto en las localidades de intervención no transgrede la tradición, las normas o las conductas en torno a la práctica de la partería.

## **Conclusiones**

La preocupación de las parteras tradicionales experimentadas por el relevo generacional para que su labor persista en sus comunidades es evidente. El proyecto fue oportuno para impulsar la enseñanza de la partería tradicional, la cual es una estrategia viable y sostenible para incrementar la cobertura de atención materna durante el embarazo, particularmente en comunidades rurales remotas. Las parteras tradicionales experimentadas tienen un papel primordial en la identificación de los partos susceptibles de complicarse, y en la atención de los partos sin complicaciones, sobre todo de mujeres que no cuentan con recursos para recibir atención lejos de sus comunidades. La enseñanza de la partería tradicional garantiza la seguridad cultural y es aceptada por las comunidades.

## 3.2 Casa de la Partera, 15 años en Chiapas

*Carmelita Herrera Torres*  
*José Francisco Hernández Ruiz*  
*Juan Sántiz Girón*



## Introducción

La Casa de la Partera comenzó actividades el 7 de enero de 2004 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tiene por objetivos, entre otros, dar capacitación continua y concientizar y acompañar a las parteras tradicionales. Como resultado de esta iniciativa se creó la red de parteras que brinda capacitación-concientización a distancia a través de la radio. En 2005, la Casa de la Partera obtuvo mención honorífica en el concurso nacional del Programa Arranque Parejo en la Vida (APV), con el trabajo “El largo y peligroso camino que nos acerca al milagro de la vida”.

A más de una década de la apertura de la Casa podemos ver, a distancia, que sus parteras tradicionales conformaban un grupo desigual. Algunas tenían atender un parto y ser castigadas por las instituciones de salud, y otras tenían más experiencia; todas habían recibido capacitación ocasional y no sabían que en otros lugares del estado y del país otras parteras podían ser sus aliadas. Hoy celebramos 15 años de unión, cohesión y compromiso, de anécdotas y éxitos, y lo más importante, habiendo logrado un cambio entre las parteras tradicionales, quienes se sienten orgullosas de su labor, su conocimiento y su legado.

## Justificación

El proyecto surgió tras analizar el programa de parteras tradicionales del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH, 2000), que señalaba que habían sido capacitadas en un 95 por ciento, pero los registros del censo de parteras (ISECH, 2000a) indicaban que en el último año solo 22 por ciento de ellas había recibido capacitación; 53 por ciento, entre dos y cinco años atrás; 15 por ciento, de seis a 10 años atrás; tres por ciento, hacía más de 10 años, y dos por ciento, no se acordaba. Esto mostraba que la capacitación se daba solo cuando el programa tenía recursos, y por lo general a un reducido grupo de parteras o, de manera limitada, a las de comunidades alejadas.

## Desarrollo de la experiencia

La Casa de la Partera se integró con 20 parteras, dos facilitadoras y una coordinadora médica cirujana y partera. Acordamos reunirnos el segundo y el cuarto viernes de cada mes para tener sesiones de capacitación, resolver dudas, intercambiar sugerencias y comentar problemas, con la observación continua de la coordinadora. Para las prácticas se elaboró material de bajo costo que imita placentas y cordones umbilicales, mandiles, y una muñeca de tamaño real para simular la atención de parto.

Podemos dividir el sistema de información sobre la atención prestada por las parteras en dos etapas: antes de septiembre de 1997 y después de septiembre de 2007.

### *Antes de septiembre de 1997*

En esta primera etapa se escribían en una hoja de cuaderno los datos de la madre y el recién nacido, que la partera dictaba y algún familiar anotaba. Esa hoja hacía las veces de “comprobante de atención de parto”. En ocasiones se llenaban los formatos de “actividades de la partera” del Programa Estrategia de Extensión de Cobertura del Sistema de Información fuera de la Unidad, de la Secretaría de Salud. La Casa de la Partera integró el “formato de registro de nacimiento” y el “sello”, y con estos elementos se acudió al registro civil para notificar la existencia de la Casa.

### *Después de septiembre de 2007*

La Secretaría de Salud (ssa) puso en marcha el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), que reconoce a la partera en el proceso de la atención. Puesto que las parteras no tenían equipo, la Casa participó en un proyecto de financiamiento de la Secretaría de Desarrollo Social, Habitat y la Presidencia Municipal de San Cristóbal de Las Casas, para obtener una báscula para bebé, una lámpara de chicote, una bás-

◀ *Aniversario de la Casa de la Partera, Carmelita Herrera Torres, 7 de enero, 2017, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.*

cula de piso para adulto, un baumanómetro, un estetoscopio, un estetoscopio de Pinard, pinzas, tijeras, un maletín, una perilla, sábanas, un mandil e insumos consumibles. El cabildo del ayuntamiento nos entregó el material.

Otra de las actividades que fortalecieron la labor de las parteras de la Casa fue su asistencia a dos cursos de herbolaria financiados por el Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMYC), en los que se les dio material y equipo para producir jabones, pomadas, gotas, aceites, jarabes y cremas, utilizados en la atención.

### ***Vinculación nacional e internacional***

En cuanto a la vinculación institucional, en 2005 visitamos todos los servicios del Hospital General (actualmente Hospital de la Mujer) de San Cristóbal de Las Casas. En 2007 acudimos al Hospital General de Comitán, y en 2009 fundamos el área de medicina tradicional del Hospital de Las Culturas y los asesoramos. Tuvimos, además, actividades de capacitación en la Cruz Roja. Para fortalecer esa labor, invitamos a psicoterapeutas que impartieron talleres de manejo de las emociones, de la sanación de la niña interior, de meditación y de tanatología, entre otros. Se atendieron así las necesidades emocionales de las parteras tradicionales como personas y como consejeras.

Tenemos actividades constantes de intercambio de experiencias con parteras de diferentes regiones del estado, lo que ha permitido entablar amistades y cumplir con otro de nuestros objetivos: crear la red de la Casa de la Partera. Este proyecto se presentó en la reunión organizada por la SSA, el Comité por una maternidad sin riesgo, en Oaxaca y en Chilpancingo, Guerrero.

En el ámbito internacional, la Casa de la Partera está vinculada en el proyecto de las ciudades hermanas con Asheville, Carolina del Norte, en Estados Unidos. Se recibió una invitación para viajar a Málaga, Andalucía, en España, a través de la organización Zonta. También la Universidad de Georgetown, ubicada en Washington, D. C. en Estados Unidos, nos consideró para ir a presentar la experiencia.

## ***Difusión en la radio estatal***

Una vez fortalecido el proyecto, las integrantes empezaron a trabajar en un tercer objetivo: llevar la capacitación-concientización a distancia a través de medios de comunicación masiva, como la radio. En 2009 se inició el programa radiofónico *De Partera a Partera, Compartiendo Sabiduría*, en la radiodifusora *Voz de la Frontera Sur (XEVSF)*, y de 2015 a la fecha, en los Altos de Chiapas, en *Radio Uno*, del Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía. En 2017 comenzó a transmitirse en la Frailesca. Nuestra meta es llegar a todas las regiones de Chiapas.

## **Resultados *Cualitativos***

Para evaluar el proyecto se entrevistó a las parteras, cuyas experiencias se citan a continuación:

Fui una de las fundadoras de este grupo, antes de entrar tenía miedo de atender partos, como a escondidas. En el grupo me sentí acompañada, y con la capacitación poco a poco fuimos viendo cómo atender mejor, cómo pedir ayuda. No faltó a mi capacitación, se siente la unión.<sup>9</sup>

Con la capacitación tengo armas. Cuando voy al hospital, les digo con orgullo que soy de la Casa de la Partera. Siempre llevo mi mandil, pido entrar a presentar a mi paciente, y si me dicen que atienda al recién nacido, ahí mismo sin miedo les demuestro que sé hacer bien las cosas. Me felicitan. Me siento orgullosa de ser partera y se llena mi corazón haber aprendido a hacer mi firma para los certificados.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Mujer 47 años, entrevista, partera tradicional, 2005, 7 de enero, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

<sup>10</sup> Mujer 43 años, entrevista, partera tradicional, 2005, 7 de enero, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.



Tengo muchos años de atender. La casa de la partera es como una luz que nos guía, sabemos a dónde llegar a aprender, a recibir consejos y sentirnos apoyadas. Cuando se formó, hicimos el compromiso y aquí seguimos. Tenemos un respaldo para presentarnos en cualquier lugar, mandar un papelito al hospital y también saber cuándo ya no está en nuestras manos atender a esa paciente.<sup>11</sup>

Para compartir experiencias con otras parteras, se formaron grupos focales en casas maternas. En Las Margaritas hubo, entre las participantes, parteras indígenas de la etnia tojolabal y otras que no eran indígenas.

Desde hace cinco años todo cambió. Dejaron de venir muchas parteras y parteros, por cambios que se dieron, seguimos con capacitación. En la casa materna solo llevamos el control y vigilamos el trabajo de parto, las entregamos en urgencias, ya no atendemos los partos. Somos muy reconocidas en muchos municipios y más allá de la frontera, también gracias al programa de radio.<sup>12</sup>

El 4 de junio de 2011 se formó otro grupo focal en la Casa Materna de Muquenal, con parteras indígenas hablantes de tseltal, en Chilón.

Somos 20 parteras, atendemos las embarazadas y partos aquí en la casa, cada mes nos capacita la enfermera responsable y siempre estamos aquí haciendo guardia, todas muy contentas. Solo en caso de complicaciones se llevan al Hospital de Ocosingo, como a una hora en carro. Estamos luchando para que vengan todas las embarazadas, en eso estamos.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Mujer 58 años, entrevista, partera tradicional, 2014, 10 de enero, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

<sup>12</sup> Parteras indígenas de la etnia tojolabal y no indígenas, grupo focal, 2007, 13 de mayo, Casa Materna, Las Margaritas, Chiapas.

<sup>13</sup> Parteras indígenas, hablantes de tseltal, grupo focal, 2011, 4 de junio, Casa materna de Muquenal, Chilón, Chiapas.

Entre otros resultados benéficos para las parteras están los siguientes:

- Disponen de espacio en su casa para atender partos, de acuerdo con sus posibilidades.
- Viajaron por primera vez a la Ciudad de México.
- Visitaron a parteras de otros municipios y estados.
- Participaron en sesiones de capacitación quincenales durante 13 años, y mensuales los dos últimos años, debido a la producción del programa de radio.
- Asistieron, por invitación, a eventos de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) en los Centros de Desarrollo Comunitario.

### ***Cuantitativos***

Para presentar los resultados de la atención del parto, tabulamos 625 partos atendidos. Agrupamos la edad de las mujeres atendidas como sigue: 32.9 por ciento, de 25 a 29 años; 28.2 por ciento, de 20 a 24 años; 15.8 por ciento, de 35 a 39 años; 12.2 por ciento, menores de 19 años, y 10.9 por ciento, de 30 a 34 años. En cuanto a su estado civil y número de hijos, 73 por ciento de las mujeres atendidas vive en unión libre, y 20.5 por ciento está casada; 62 por ciento tiene de uno a dos hijos; 27.5 por ciento, de tres a cuatro hijos, y nueve por ciento, de cinco a seis hijos. Del total de las mujeres atendidas, 14 por ciento no tiene escolaridad; 15.5 por ciento tiene primaria incompleta; 32.5 por ciento terminó la primaria; 14.5 por ciento terminó la secundaria y empezó el bachillerato, y 2.5 por ciento es profesionista. Del total de mujeres atendidas, 86 por ciento es ama de casa; ocho por ciento se dedica al comercio; 4.5 por ciento es empleada, y 1.5 por ciento es trabajadora doméstica.

En cuanto a la atención del embarazo: 30.5 por ciento acudió a cinco visitas; 17.5 por ciento, a cuatro, y 52 por ciento, a tres. Considerando los trimestres: 36.5 por ciento acudió a revisión durante el primer trimestre; 47.5 por ciento, en el segundo trimestre y 16 por ciento, en el tercer tri-

mestre. Con respecto al parto, 56 por ciento de los bebés fue a término y en 94 por ciento de los casos el lugar de nacimiento fue en el hogar. En 15 años, se refirieron 91 casos a los hospitales por: retención de placenta, solicitud de un método quirúrgico anticonceptivo definitivo (salpingoplastia), por distocia de presentación, por ser prematuros, por ser gemelos, entre otros.

La agrupación por regiones donde se atendieron los partos es la siguiente: 61.5 por ciento se atendió en el municipio de San Cristóbal de Las Casas, y 27.5 por ciento, en los municipios indígenas de la región de los Altos de Chiapas. De las mujeres atendidas 62 por ciento tiene Seguro Popular y 37 por ciento no cuenta con ningún seguro médico.

## Conclusiones

La permanencia de un espacio como lugar de encuentro fomenta la cohesión y el enriquecimiento formativo de las parteras tradicionales, les da un sentido de pertenencia. La pasión por enseñar y aprender nos ha reunido por más de una década. Esto incluye la presentación de temas sobre el proceso gestacional y temas de actualidad, así como la reflexión con respecto al papel de las parteras en los eventos de salud-enfermedad, y su rol como consejeras. Contrastar sus conocimientos en un ambiente amistoso ha propiciado el mayor desarrollo de las parteras y su integración a la red de la Casa de la Partera, que se ve fortalecida al escuchar las vivencias y experiencias de sus compañeras.

## Agradecimientos

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a las parteras fundadoras de la Casa de la Partera: Gloria Isabel Gallegos Sánchez, Petrona Santiz Encinos, Zoila Florentina de la Cruz Reyes, Rosa Margarita Gómez Vázquez, Esther Bonifacia Tovilla Astudillo, Estela Sofía Liévano Rodríguez. Martita Pérez Flores, Tomasa Díaz López, Lucía Ara García, Emilia Oliva Trejo Trejo y Blanca Felipa Trejo Trejo. A las co-fundadoras: Ofelia Gómez

López, Teresa Emelina Ruíz Mazariegos, María de Jesús Pérez Torres, Ana María Moreno Hernández, Victoria Estela Salazar Alcázar, Verónica María González López, Aurora Genoveva Ultrilla Paniagua, María Virginia González López, Herlinda Gómez López y Felipa Matilde González Bautista. A las voluntarias: Blanca Esther Castillejos Arrazate y María Guadalupe López López. Así como a las parteras de las diferentes casas maternas de Chiapas.



### 3.3 La capacitación en partería y su incidencia en la calidad de la atención. Experiencias de éxito en San Luis Potosí

*Erika Velázquez Gutiérrez*

*María del Socorro Segovia Leyva*

*Alma Leticia Corpus Martínez*

*Azalia Donahí Enríquez García*

*Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí*



## Introducción

La partería tradicional ha ofrecido históricamente una alternativa para la atención de la salud de las mujeres que viven en zonas urbano-rurales indígenas. Sus prácticas corresponden a su identidad, a su cultura y, por ende, al orden simbólico social de su comunidad, orden que abarca, claro está, las situaciones adversas de la vida (INMUJERES, 2015). Hablar de partería alude a la historia del cuidado impregnado de valores culturales, sociales y afectivos. En la partera se deposita en gran medida la responsabilidad del cuidado de la reproducción biológica y cultural de la sociedad (Cao, 1999).

En su informe de 2005 sobre salud en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) reiteró la importancia de las parteras para evitar algunos de los problemas que se presentan durante el parto, reducir los índices de mortalidad materna y mejorar la salud de la madre y la persona recién nacida, sobre todo en aquellas regiones donde los servicios de atención de la salud son insuficientes o de difícil acceso. México es uno de los países con una larga tradición en la partería, donde ha sido reconocida su trascendencia en la reducción de la mortalidad materno-infantil (UNFPA, 2011; Cao, 1999).

La diversidad cultural y social del país se manifiesta en diversos ámbitos de la vida; entre ellos, en el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad. En México persisten numerosas prácticas indígenas para la atención de la salud, las derivadas de la medicina popular (la sobada por médicos tradicionales para tratar problemas de matriz), las de otros sistemas médicos (parteras profesionales) y las de la comunidad (remedios herbolarios para acelerar el parto, basados, por ejemplo, en orégano, ruda, la Santa María, epazote, canela, piloncillo o chocolate).

## Justificación

Se estima que la población indígena en San Luis Potosí es de 370 381 personas, lo que representa 13.6 por ciento de la población del estado (CDI, 2015). El acceso a los servicios institucionales de salud para esta

población se ve obstruido por barreras diversas, de orden económico, geográfico, cultural, de disponibilidad y otros. Por ejemplo, el acceso a algunos hospitales comunitarios o centros de salud es problemático. El traslado oportuno de las mujeres embarazadas suele ser muy complicado, pues tienen que recorrer caminos difíciles que empeoran en temporada de lluvias. A veces, las mujeres tienen que caminar hasta dos horas y recorrer distancias de más de 12 kilómetros para ser atendidas (Rangel, 2015). Influyen también las prácticas discriminatorias cotidianas –de descalificación, subordinación o exclusión– del modelo institucional de salud contra los sistemas médicos tradicionales. De aquí la conveniencia de fortalecer el conocimiento y la práctica de quienes ejercen la partería y de los auxiliares de la salud.

Pese a la existencia de un marco normativo<sup>14</sup> de aplicación internacional, sobre los derechos de los pueblos indígenas a la salud, México, país pluricultural, tiene un sistema de salud monocultural. Un sistema que no incluye de manera específica la atención de las parteras (Gobierno del estado de San Luis Potosí/Coplade, 2012). A pesar de que se le dificulta responder adecuada y oportunamente a las necesidades de las mujeres, no solo es insuficiente para atender a la población pluricultural del país, sino que suele violentar los derechos de los pueblos indígenas. A pesar de las iniciativas del sistema de salud para institucionalizar la atención del parto, muchas mujeres indígenas consideran que la atención de las parteras tradicionales sigue siendo una opción muy importante, que alternan con la atención institucional. En este sentido, es preciso avanzar en la aplicación de un modelo de atención

◀ *La capacitación a parteras y su incidencia en la calidad de la atención*, Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, Marco Vinicio Olivares Briones, agosto 2015, Tancanhuitz de Santos y Xilitla, San Luis Potosí.

<sup>14</sup> Marcos normativos: El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (DOF, 2013) menciona como estrategia 2.3: "Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales". 2.3.5: "Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud". 2.3.6: "Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional". El *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)* no incluye la partería profesional; no se destinan fondos para la partería en el Ramo 33. En la conferencia *La tecnología apropiada para el parto*, la oficina regional europea de la OMS, la OPS y la oficina regional de la OPS para la Américas mencionaron la necesidad de promover la formación de parteras o comadronas profesionales en el entendido de que el embarazo, el parto y el puerperio son fundamentalmente fisiológicos y no patológicos. De ahí surgió la Declaración de Fortaleza, Brasil: "El embarazo y el parto no son una enfermedad" (OMS, 1985).



del embarazo y el parto que responda a las necesidades de las mujeres indígenas (Rangel, 2015).

La política gubernamental *Guía para la autorización de las parteras tradicionales* (ssa, 2008) tiene por objeto agilizar la institucionalización del cuidado tradicional, en un contexto de aparente desinterés por comprender sus significados simbólicos y sociales en las comunidades. Esta política ha motivado a las parteras a participar ya sea formalmente –en programas de capacitación–, o informalmente –acercándose a personal de salud para aprender técnicas y procedimientos que han incorporado a su saber tradicional y que les permiten identificar posibles riesgos en un parto, y las hace más asertivas en la toma de decisiones ante una emergencia obstétrica— (ssa, 2008).

## Desarrollo de la capacitación

El Instituto de las Mujeres y los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí decidieron dar continuidad al Programa Capacitación a Parteras y su Incidencia en la Calidad de la Atención (INMUJERES, 2015), que se desarrolló de 2011 a 2015 en la zona huasteca de San Luis Potosí. El programa tuvo por objetivo incidir en la promoción de la salud, la mejora en la atención de las mujeres embarazadas y el reconocimiento de la labor de quienes ejercen la partería como un recurso importante del sector salud. Se gestionó y se coordinó durante cinco años la capacitación de 821 parteras y parteros tradicionales y auxiliares del sector salud, de los cuales 701 eran mujeres y 120 hombres, distribuidos como se muestra en la tabla 1.3.3.

La edad promedio de los participantes fue de 52 años, en un rango que va de los 24 a los 93 años. Participaron 13 de los 20 municipios que conforman la región huasteca: Aquismón, Axtla de Terrazas, Ciudad Valles, Ébano, Huehuetlán, Matlapa, Tamazunchale, Tamasopo, Tancanhuitz, Tanlajás, Tamuín, Tanquián y Xilitla. El programa incluyó contenido teórico, práctico y metodológico sobre la anatomía y la fisiología de la mujer embarazada, así como sobre los factores de riesgo y las medidas protectoras del embarazo, el parto y el puerperio, enfocado en la pre-

**TABLA 1.3.3 NÚMERO DE PARTERAS SEGÚN SEXO. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, SAN LUIS POTOSÍ**

AÑO	MUJERES	HOMBRES
2011	149	24
2012	168	39
2013	179	15
2014	92	26
2015	113	16

vención y la atención. Una vez concluida la capacitación, se evaluaron los conocimientos y las habilidades adquiridos para la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Los resultados de la evaluación se analizaron con un método mixto, cuantitativo para estimar numéricamente los resultados de la intervención educativa, y cualitativo para explorarlos en la experiencia de los participantes en urgencias obstétricas. La evaluación reveló que las parteras entienden mejor los conceptos teóricos e identifican los riesgos potenciales y reales del proceso de gestación, lo que les permite tomar decisiones acertadas y oportunas en los casos de hemorragia obstétrica o infección asociada al embarazo, el parto y el puerperio. Pueden incluso ejecutar acciones anticipadas y no invasivas –como el masaje uterino– mientras activan la ruta crítica. Y promueven actividades como el inicio temprano de la lactancia. Reconocen la necesidad de acompañar a las mujeres a los servicios de salud, aunque al hacerlo suelen recibir un trato discriminatorio por parte del personal de salud, debido a la falta de una perspectiva intercultural y la prevalencia de un etnocentrismo que violenta la cosmovisión local (Rangel, 2015). Esto tiene como consecuencia fallas en la relación entre los sistemas institucional y tradicional para la

atención de la salud. La capacitación implicó una interrelación afirmativa con las personas que ejercen la partería tradicional y el reconocimiento a su labor, lo que debe incidir favorablemente en la calidad de la atención a las mujeres embarazadas y en promover el trabajo coordinado de la medicina institucional y la medicina tradicional en beneficio de los habitantes de los pueblos y las comunidades indígenas.

Quienes practican actualmente la partería tradicional en la huasteca potosina son conscientes de que su labor –como todo procedimiento médico– conlleva riesgos; valoran su capacidad y su herencia cultural; reconocen el alcance de sus habilidades y tienen presentes sus limitaciones, por lo que están en favor de la canalización oportuna en caso de complicaciones, para preservar la vida de la madre y el producto (Rangel, 2015). Como parte de sus labores, hacen recomendaciones a la madre sobre el acompañamiento y el apoyo afectivo y emocional en el embarazo y el parto; sobre la recuperación en el puerperio, la lactancia y la alimentación de la persona recién nacida, y le brindan información sobre la planificación familiar. Por su origen, las parteras pueden entablar una relación más familiar (de mayor confianza) con las mujeres y sus familias. Si la mujer embarazada no habla español, la partera hace las veces de intérprete con el personal médico.

La seguridad económica de quienes ejercen la partería tradicional depende de su práctica, por lo que desarrollan estrategias para fortalecer el respeto y admiración de sus comunidades. Las parteras tradicionales manifiestan que son poco reconocidas por el personal de las instituciones de salud; manifiestan recibir un trato discriminatorio, e incluso violento; temen que al institucionalizarse su práctica, disminuyan sus ingresos –con la atención de embarazadas en hospitales– y que el reconocimiento social en sus comunidades se ponga en riesgo (Rangel, 2015).

## Recomendaciones

Quienes ejercen la partería tradicional o son auxiliares de salud expresan las siguientes recomendaciones:

- Incorporar a las parteras en las redes de servicios de capacitación y diagnóstico en la región huasteca, donde intervienen parteras técnicas, profesionales y enfermeras obstetras, para garantizar la calidad integral de los servicios que se brindan a las mujeres y sus recién nacidos.
- Cumplir con el derecho a la salud de toda la población, con plena accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.
- Garantizar que las acciones integradoras entre las prácticas tradicionales y las institucionales para la atención de la salud se den en un marco de concientización, conocimiento y respeto de las prácticas populares y los procesos culturales.
- Garantizar la asignación de recursos para aplicar estrategias de adecuación intercultural (concientización) en las distintas áreas del sector salud, para personal médico, de enfermería, auxiliar y técnico, así como para personal clave, a fin de garantizar servicios de salud de calidad en la atención de los procesos del ciclo reproductivo de las mujeres.



### 3.4 Lo que dicen las parteras<sup>15</sup> tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales

*Sebastiana Vázquez Gómez*  
*Norma Erika López Morales*  
*Teresa Moshan Cosh*  
*Sakil Nichim Antsetik, A. C.*



## Introducción

Este trabajo se deriva de la experiencia de la organización de mujeres indígenas Sakil Nichim Antsetik, A. C., y su fundadora, Sebastiana Vázquez, en el ámbito de la salud materna, sexual y reproductiva. El objetivo de la investigación fue conocer el interés y la posibilidad de que parteras tradicionales intervengan en la formación de parteras profesionales, dada la avanzada edad de las parteras tradicionales y la falta de jóvenes que continúen su práctica.

## Justificación

Pese a los esfuerzos por erradicar la muerte materna en Chiapas, las cifras siguen siendo elevadas. Según información de Gobierno de la República Mexicana (2016), en 2015 se contabilizaron en el estado 77 casos de muerte materna, es decir que tiene la razón de muerte materna más alta del país, con 68.5.

## Metodología

Este trabajo se realizó con parteras tradicionales de 11 municipios tseltales y tsotsiles de los Altos de Chiapas: Aldama, Chanal, Chenalhó, Chalchihuitán, Huixtán, Mitontic, Oxchuc, Tenejapa, Pantelhó, San Juan Cancuc y Santiago el Pinar. Participaron 109 parteras y parteros en 11 grupos focales y se hicieron 17 entrevistas individuales en 2016. La edad promedio de los participantes fue de 54 años con un rango de 26 a 100 años de edad.

<sup>15</sup> Si bien en este documento no se utiliza un lenguaje inclusivo en toda su extensión, se declara que la utilización de este lenguaje es fundamental para visibilizar los sexos femenino y masculino.

## La formación profesional en partería

Con respecto a si se piensa que la partería puede estudiarse, se identificaron opiniones divididas. Entre 65 y 68 por ciento de las personas consultadas, en su mayoría parteras, opinó que es posible estudiar para ser partera, siempre y cuando se tengan ganas de aprender en una escuela de partería, aunque ha identificado el poco interés de los jóvenes para prepararse en esta profesión. Aunque 35 por ciento de las parteras, que son mayores de 60 años, no tienen escolaridad y llevan más de 28 años en su ejercicio, niegan que se pueda estudiar para ser partera porque ese saber es un don de Dios transmitido en los sueños. Un partero de Santiago el Pinar señaló que es muy importante que las personas que estudian en una escuela realmente puedan aprender bien para que no maten a la mujer y al bebé.<sup>16</sup> Aunque en los grupos focales, algunas mujeres mencionaron que aprendieron a ser parteras asistiendo a talleres y cursos de capacitación. Ahí aprendieron cómo se desarrolla el bebé desde la concepción hasta su nacimiento, a identificar su posición en el útero, a extraer la placenta en caso de retención, y las medidas de higiene durante el nacimiento.

Según las mujeres y las parteras, el poco interés de las jóvenes en el ejercicio de la partería se debe, en primer lugar, a que esta práctica no se ha promovido en sus localidades, ni las parteras tradicionales han invitado a las jóvenes o a sus familiares, porque consideran que es una pérdida de tiempo. En la mayoría de las entrevistas y en los grupos focales las parteras aseguraron que a ellas nadie les enseñó, que aprendieron solas con su embarazo, y que fue un don de Dios o que se les dio a través de los sueños.<sup>17</sup> En segundo lugar, se debe a que las jóvenes no quieren aprender: “Les da miedo a que se les muera una mujer o el bebé

◀ *Entrevista a partera tradicional, Sergio Paredes Solís, agosto 2012 Xochistlahuaca, Guerrero.*

<sup>16</sup> Partero tradicional, hombre de 64 años, entrevista, 2015, 8 de diciembre, Barrio Ninamho', Santiago el Pinar, Chiapas.

<sup>17</sup> Partera tradicional, mujer de 71 años, entrevista, 2015, 1 de diciembre, Barrio Pajtsajte, Aldama, Chiapas. Grupo Focal, parteras tradicionales, 2016, 5 de julio, Chalhuitán, Chiapas.



durante el parto y sean llevadas a la cárcel,”<sup>18</sup> y ven el parto como un trabajo sucio (no quieren mancharse las manos), y es difícil porque deben pasar hambre y sueño, pues no hay horarios para el nacimiento de un bebé; implica pérdida de tiempo, el servicio es gratuito y no van a tener dinero.<sup>19</sup>

En los municipios de Aldama, Chalchihuitán, Mitontic, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Pantelhó y Huixtán, las parteras dijeron que ninguna de sus hijas es partera o está aprendiendo el oficio, aunque las han invitado. En los municipios de Chalchihuitán, Chanal, Oxchuc, Tenejapa y Chenalhó, algunas parteras han invitado a sus hijas y a sus nueras porque consideran que es importante no perder esta práctica, y les preocupa que en el futuro no haya quien atienda a las mujeres. De las 109 parteras que participaron en los grupos focales, se identificó a cinco jóvenes técnicas en enfermería, hijas de parteras, que han atendido partos cuando no está la partera. En Santiago el Pinar, Mitontic y Pantelhó hay parteras de entre 30 y 35 años que no se dan a conocer porque para ellas atender un parto y tener en sus manos la vida de una mujer implica una gran responsabilidad. De salir algo mal, pueden acabar en la cárcel.<sup>20</sup>

## Promoción de la formación de profesionales en partería

La población entrevistada piensa que dentro de pocos años no habrá parteras y las mujeres embarazadas no tendrán a quién acudir. Por eso les parece importante que la juventud se prepare. Las parteras tienen entre 50 y 80 años de edad, y consideran que las mayores pueden tener dificultades auditivas y visuales, lo que implica un riesgo para la atención

<sup>18</sup> Partera tradicional, mujer de 100 años, entrevista, 2015, 9 de diciembre, Yabteclum, Chenalhó, Chiapas.

<sup>19</sup> Partera tradicional, mujer de 63 años, entrevista, 2015, 30 de noviembre, Barrio Bamuch'te, Aldama, Chiapas. Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 23 de julio, Huixtán, Chiapas.

<sup>20</sup> Partera tradicional, mujer de 55 años, entrevista, 2016, 17 de febrero, Guadalupe de Peña, Pantelhó, Chiapas. Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 18 de julio, Santiago el Pinar, Chiapas.

del embarazo y el parto, puesto que la mayoría de los partos son por la noche.<sup>21</sup> Una partera de 81 años de edad confirmó esta situación: “Cuando yo era más joven podía levantar y ayudar a las mujeres, porque en ese entonces tenía fuerza, ahora ya no les ayudo porque ya no tengo fuerza, ya estoy grande”.<sup>22</sup> Las parteras tradicionales consideraron que si las jóvenes estudiaran partería serían un apoyo para ellas.

Aunque algunas parteras tradicionales dijeron que los hombres pueden ejercer esta práctica porque tienen fuerza para alzar a las mujeres, consideran que las mujeres embarazadas no tendrían confianza y, por lo tanto, no acudirían con ellos porque prefieren que las atienda otra mujer. Una aprendiz de partera del grupo focal de Chalchihuitán señaló: “[...] si hay una escuela de partería se puede aprender y puede ir una joven y un hombre [...]”;<sup>23</sup> Creen que si hubiera una escuela en donde estudiaran los jóvenes se interesarían, pero nadie los ha invitado.<sup>24</sup>

## **Participación de las parteras tradicionales en la formación de jóvenes en la comunidad y la universidad**

En esta sección se presentan las opiniones de las parteras tradicionales respecto a cómo les gustaría participar en la formación de los jóvenes en sus municipios y en la escuela. El interés de las parteras en enseñar a los estudiantes en la carrera de partería profesional fue diverso y no se pusieron de acuerdo entre ellas. A continuación se describen sus opiniones y sus propuestas.

Alrededor de 55 por ciento de las parteras señaló que estarían dispuestas a enseñar a las jóvenes y a compartir incondicionalmente sus conocimientos porque es importante que aprendan para ayudar a las

<sup>21</sup> Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 16 de julio, San Juan Cancuc, Chiapas.

<sup>22</sup> Partera tradicional, mujer de 81 años, entrevista, 2015, 30 de noviembre, Barrio Abajo, San Juan Cancuc, Chiapas.

<sup>23</sup> Grupo focal de parteras tradicionales, 2016, 5 de julio, Chalchihuitán, Chiapas.

<sup>24</sup> Autoridad municipal, hombre de 63 años, entrevista, 2016, 13 de enero, Chalchihuitán, Chiapas.

mujeres. Una partera del municipio de Aldama dijo: “Yo puedo enseñar lo que yo sé, lo que Dios me dio, así como me enseñaron en los cursos; otras parteras me transmitieron su conocimiento, gracias a ellas yo también aprendí [...] Es para no perder la costumbre”.<sup>25</sup> Dos parteras del municipio de Chenalhó propusieron que las prácticas se realicen en clínicas de salud, programando fechas y horarios para invitar a sus pacientes y a las alumnas. Una partera del municipio de Huixtán comentó que sería importante que se les proporcionara material para impartir la capacitación, “Sí podemos enseñar, pero se necesitan materiales, una muñeca [modelo] y también hojas de papel”.<sup>26</sup>

El procedimiento de la enseñanza sería práctico, más que teórico, ya que 99 por ciento de las parteras es analfabeta y monolingüe: hablan tsotsil o tseltal. Las parteras sugirieron que los cursos se impartan en estas lenguas, así podrían explicar sus conocimientos. Propusieron también que la práctica sea con mujeres embarazadas, ya que el aprendizaje no sería el mismo si solo se utilizan muñecas u otros objetos. No creen, sin embargo, que las mujeres embarazadas de las localidades y los municipios se presten para que las estudiantes practiquen con ellas, ya sea por falta de tiempo o por vergüenza; no tienen la costumbre de ser revisadas por varias parteras sino solo por la que eligen. Lo mismo sucede en el parto, prefieren ser atendidas por una partera que sea auxiliada por algún familiar de confianza. Por ello, propusieron que las estudiantes practiquen con sus familiares.

Dos parteras, una de Pantelhó y la otra de Mitontic, señalaron que aceptarían enseñar a jóvenes que tuvieran conocimientos para la atención del parto, porque así podrían auxiliarlas para recibir al bebé, pasarles las herramientas, canalizar a la paciente y explicarles el proceso de atención. Piden, a cambio, una remuneración por su tiempo, aunque las alumnas se trasladen hasta su localidad y su casa. También podrían dar los cursos y talleres en San Cristóbal de Las Casas, pero con pago adicional por los días de trabajo, el traslado y la alimentación. Dos parteras más, una del municipio de Santiago el Pinar y otra de Huixtán, expre-

<sup>25</sup> Grupo focal de parteras tradicionales, 2016, 1 de agosto, Aldama, Chiapas.

<sup>26</sup> Grupo focal de parteras tradicionales, 2016, 23 de julio, Huixtán, Chiapas.

saron que sus esposos no les darían permiso de salir a enseñar ni de asistir a los cursos porque tienen que cuidar a sus hijos, hacer la comida y atender a los animales en su hogar. Otras mencionaron que no participarían en la enseñanza práctica ni compartirían su conocimiento porque creen que en un futuro las estudiantes se beneficiarían económicamente con ello, mientras que ellas aprendieron solas y no reciben ningún incentivo económico.<sup>27</sup> Es posible que estas mujeres teman llegar a quedarse sin trabajo.

Un partero y algunas parteras manifestaron sentir un gran compromiso y mucha preocupación por participar en el proceso de enseñanza, pues implica una enorme responsabilidad sobre la vida de las mujeres y sus bebés.

## **Colaboración futura de las parteras tradicionales con las egresadas**

También se indagó sobre el interés de las parteras tradicionales de trabajar con las parteras profesionales una vez egresadas. Algunas dijeron que podrían trabajar con ellas en las localidades y los municipios para intercambiar experiencias y conocimiento; creen que el trabajo en equipo mejoraría la atención de las embarazadas. Sin embargo, consideran que hay pocas posibilidades de trabajar juntas, porque las mujeres sienten vergüenza y están acostumbradas a que las atienda una sola partera durante el nacimiento de su bebé.<sup>28</sup> Otras mencionaron que no están de acuerdo en trabajar juntas, porque son celosas de su trabajo; “Cada quien tiene un conocimiento y cada quien tiene un don”.<sup>29</sup> Las parteras tradicionales reconocen que las parteras preparadas en una escuela tienen más elementos para atender complicaciones, pues saben actuar, administrar medicamentos y canalizar a la paciente a otro nivel de atención. Ellas, en cambio, solo reciben al bebé y limpian el cordón umbilical y lo cortan.

<sup>27</sup> Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 14 de julio, Chanal, Chiapas.

<sup>28</sup> Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 16 de julio, Chalchihuitán, Chiapas.

<sup>29</sup> Grupo focal parteras tradicionales, 2016, 14 de julio, Chanal, Chiapas.

Las parteras que dan seguimiento a la mujer después del parto mantienen contacto con ella de tres a siete, o hasta 15 días. Otras no regresan a visitar a la mujer en el posparto. Durante las visitas o en llamadas telefónicas preguntan por el estado de salud de la parturienta. Preguntan, por ejemplo, si presenta sangrado, dolor abdominal, fiebre o dolor de cabeza, o si el recién nacido tiene cólicos o infección del cordón umbilical. En caso de identificar alguna anomalía, avisan al médico de la clínica o le dan un remedio casero con plantas medicinales, según sea el caso.

## **Integración de las parteras profesionales a los servicios de salud**

Las parteras tradicionales comentaron que las parteras profesionales que se contraten en las localidades y los municipios de la región tendrían que hablar *tsotsil* o *tseltal* para que las mujeres les tengan confianza. Las mujeres no quieren parir en los hospitales por vergüenza: “Algunas mujeres no quieren ir al hospital porque dicen que se acuestan y les piden que quiten su ropa, ellas no les gusta estar desnudas”.<sup>30</sup> Además, no las atienden bien, las dejan solas y el parto se atiende como el médico lo ordena, no como ellas acostumbran: hincadas, paradas o acostadas, con el apoyo del esposo, la madre y la partera. Pero algunas mujeres mencionaron que si hubiera parteras profesionales en las clínicas y hospitales se atenderían con ellas, “Sí, solo si demuestra que trabaja bien, van a decir ella es muy buena [...] porque son muy diferentes, así como nos vamos unos cuantos para aliviarnos en el hospital.”<sup>31</sup> De esa manera, creen que por su preparación las pueden atender mejor en el parto.

Por ello, las mujeres están de acuerdo en que las jóvenes vayan a estudiar partería, y una vez concluidos sus estudios, regresen a trabajar en sus comunidades o municipios. Algunas mujeres sugieren que la atención sea en el hogar porque las embarazadas no están acostumbra-

<sup>30</sup> Partera tradicional, mujer de 26 años, entrevista, 2016, 13 de enero, Loaltic, Chalchihuitán, Chiapas.

<sup>31</sup> Madre de familia, mujer de 38 años, entrevista, 2016, 25 de febrero, Chanal, Chiapas.

das a parir en el centro de salud y prefieren la atención domiciliaria.<sup>32</sup> Algunas consideran que trasladarse de un lugar a otro conlleva más sufrimiento; prefieren tener el parto en casa por la comodidad y por los cuidados familiares. Para otras, el traslado implica un gasto que muchas veces no pueden pagar. Además, en las localidades alejadas de los hospitales no hay muchas opciones de transporte. El Ayuntamiento dispone de solo una o dos ambulancias, y estas no se dan abasto para los traslados.

En conclusión, si se contratara a parteras profesionales en los municipios indígenas, deberán hablar la lengua indígena, y ser respetuosas de las prácticas tradicionales de la población para la atención del embarazo, el parto y el posparto. Las parteras profesionales de cada institución de salud deben compartir la cultura de los habitantes y su visión de los padecimientos.

## **Conclusiones**

### ***¿Quiénes deben gestionar un programa de parteras profesionales en los municipios?***

De acuerdo con las personas participantes en este trabajo, quienes deben gestionar un programa de parteras profesionales en los municipios son las autoridades locales, los presidentes municipales y del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), además de las asambleas comunitarias, pues como máximas autoridades del pueblo tienen la capacidad de tomar decisiones y de negociar ante los representantes del Instituto de Salud de Chiapas. Las organizaciones no gubernamentales deben promover que la Secretaría de Salud contrate a las profesionales.

<sup>32</sup> Auxiliar de salud, hombre de 49 años, entrevista, 2015, 2 de diciembre, Yetón, Aldama, Chiapas.

## ***¿Quiénes pueden formarse como parteras profesionales?***

Podrían formarse como parteras las mujeres que:

- Pertenecan a una comunidad indígena y hablen la lengua local.
- Tengan la disposición, el interés y el deseo genuino de aprender la partería y ejercerla.

Las estudiantes deben ser apoyadas con una beca económica que les permita sostener sus estudios. No se recomienda incluir varones en esta práctica porque tendrán poca aceptación en la población indígena.

## 3.5 Formación de parteras en México

*Francisco Garrido*

*Ilian Blanco*

*Adriana Granados*

*Dayana Pineda*

*Rafael Lozano*

Instituto Nacional de Salud Pública/ Centro de Investigación  
en Sistemas de Salud





## Antecedentes

En México, la formación académica de las parteras (FAP) empezó formalmente en 1833, y durante 135 años (Pérez y Castañeda, 2012; Carrillo, 1999) fue reconocida por el sistema de salud (ss) mexicano (Freyermuth y Argüello, 2015). En 1911, se incorporaron las carreras de Partería y Enfermería a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México (Pérez y Castañeda, 2012), y en 1944 se integraron a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (Pérez y Castañeda, 2012). A partir de 1950, el ejercicio de las parteras profesionales (PP) fue perdiendo espacio y reconocimiento (Penyak, 2003), hasta dejar de ser contratadas. Para 1960, se les prohibió atender partos (Freyermuth, 2015). En 1968, el Consejo Técnico de la ENEO de la UNAM creó la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) y suprimió la carrera de Partería (Pérez y Castañeda, 2012).

En 1996, empezó la FAP de nuevas generaciones promovida por la Escuela de Parteras Profesionales de CASA (Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, A. C.), en Guanajuato (Godman y Torres, 2015), cuyos planes de estudio siguen las recomendaciones de la Confederación Internacional de Matronas (CIM) (Cragin y otros, 2007; CIM, 2011), conforme a los estándares de formación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Godman y Torres, 2015; CIM, 2010). Se sumaron otras iniciativas para la FAP, como las del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (Walker y otros, 2011), la Fundación MacArthur (2013), y la Secretaría de Salud (CNEGSR, 2009).

Lo anterior describe el contexto de nuestra investigación de la FAP, su regulación y su acreditación, así como la posibilidad de que se permita parcialmente su práctica en los campos clínicos.

## Métodos

Esta investigación está construida sobre la base de la triangulación metodológica (Ruiz, 1999). La información primaria del estudio se obtuvo en entrevistas estructuradas a estudiantes, formadores, reguladores y acredi-

tadores de las diversas escuelas de partería; en el registro de los programas de estudio; a partir de un cuestionario estructurado para explorar la satisfacción, las expectativas y las competencias de los estudiantes, y de una lista de verificación para identificar los recursos y la infraestructura escolares. Los datos secundarios del estudio se obtuvieron de registros de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) –2000-2014– y de algunos programas de FAP de otros países.

## La oferta educativa

Los programas de FAP en México pueden clasificarse en tres grupos: a) los orientados a la formación exclusiva de parteras (escuelas de PP y licenciaturas en partería); b) los que integran en su mapa curricular competencias de enfermería y partería (LEO), y c) los que se dirigen a quienes ya tienen una licenciatura en enfermería y cursan la Especialidad en Enfermería Perinatal (EEP).

México cuenta con cuatro escuelas de PP con nivel de educación media superior: la Escuela de Parteras Profesionales de CASA, A. C., la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero, la de la comunidad de Rincón Viejo, en Santa María Petapa, Oaxaca, y “Mujeres Aliadas, A. C.”, en Michoacán. En Morelos se creó la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería. Hay, además, 31 programas de LEO y dos programas de EEP. Se dispone, así, de 38 programas de formación de PP. Hay dos programas más que si bien reúnen los requisitos para su apertura, todavía no operan: a) el Técnico Superior Universitario en Partería, de la Universidad de Tangamanga, San Luis Potosí, y b) el de Licenciatura en Partería, de la Universidad Intercultural de Chiapas, que iniciaría sus cursos de formación en el ciclo 2017-2018.

◀ *Graduación de la primera generación de la Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A. C., Mujeres Aliadas, A. C., 28 de febrero, 2015, Erongarícuaro, Michoacán.*

## Situación de las escuelas

La limitación de recursos económicos es característica común de las escuelas de PP, lo que dificulta la contratación de base de sus profesores; ofrecer laboratorios, equipo y modelos anatómicos para las prácticas y becar a sus estudiantes para que hagan su servicio social en los campos clínicos (CC),

entre otras cosas. Las escuelas que ofrecen LEO y tienen mejores condiciones de financiamiento y equipamiento no logran, por su parte, desarrollar una mejor práctica del modelo de partería, pues muchas veces los profesores lo desconocen y basan su enseñanza en el conocimiento que adquirieron en su propia formación en torno a la enfermería y obstetricia (EO).

## Los campos clínicos

Las competencias que los estudiantes de partería deben desarrollar para ocuparse de la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN), y la atención de partos de bajo riesgo, dependen también de la práctica, por lo que la disponibilidad y la idoneidad de los CC es fundamental. La queja recurrente de las autoridades educativas se refiere a la dificultad para encontrar los CC adecuados, así como a las restricciones que afrontan los estudiantes en su entrenamiento de las acciones sustantivas de la atención del parto.

Por otra parte, las coordinaciones de enseñanza, tanto de los hospitales como de las Comisiones Estatales Interinstitucionales de Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), señalan que los CC son insuficientes y están saturados. Esto se debe, en parte, a las limitaciones de la infraestructura de los servicios y a la competencia entre los diferentes programas de Formación de Recursos Humanos para la Salud de los niveles técnicos y de educación superior. Un elemento clave que impide el entrenamiento de las alumnas en la atención del parto es la postura del personal médico de los CC, quienes en su mayoría consideran que esa práctica sigue siendo exclusiva de los alumnos de medicina. No sucede lo mismo en los CC incipientes en los que estudiantes de la EEP y de LEO practican diversos modelos de partería (el CIMIGEN, la Clínica Santa Catarina, la Maternidad Atlacomulco y la Clínica Comunitaria Teocelo, entre otros).

## Oferta de parteras al mercado laboral

Hay claras diferencias entre las expectativas de las alumnas de las escuelas

de PP y de la EEP, y las estudiantes de la LEO. Las primeras saben que su formación consiste en adquirir competencias para la atención del parto de bajo riesgo y de la SSRMN. Para las LEO, en cambio, esas competencias no representan una motivación prioritaria, aunque empieza a haber un cambio de paradigma en las principales instituciones que ofrecen la LEO, para visualizar y colocar la práctica obstétrica de sus estudiantes. Esto se debe también a la posibilidad de hacer prácticas en las unidades de salud emergentes, en donde los estudiantes de la EEP y de la LEO manejan diversos modelos de partería.

## Regulación

La formación académica en México está regulada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) o por las universidades e instituciones públicas de educación superior facultadas para otorgar Reconocimientos de Validez Oficial (RVOE) (SEP, 2014). El RVOE permite certificar estudios y expedir cédulas profesionales. La formación de recursos en el área de la salud necesita, además, la intervención del CIFRHS, que comunica a la SEP su opinión técnica respecto de los planes de estudio (además de ofrecer los CC para las prácticas de los estudiantes). Posibilitan esta acreditación sobre todo los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). La acreditación de las carreras de enfermería depende, en cambio, del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Enfermería (COMACE). Además de regular la formación, otras instituciones acreditan la calidad de los planes de estudio. Mecanismo que es facultativo y no obligatorio.

Los CIEES son otro mecanismo de acreditación de la calidad de la formación además del RVOE (DOF, 2005), que no solo evalúan los planes de estudios, sino que atienden la calidad del ejercicio profesional y de los espacios donde se ejerce la profesión (CIEES, 2015; COMACE, 2013). Dicho marco regulatorio constriñe la naciente formación de PP, que debe afrontar mayores obstáculos: ni la SEP ni la CIFRHS conocen sus posibilidades profesionales, y todavía no cuentan con un órgano capacitado y fortalecido que legitime la formación y la práctica profesional de sus egresados.

De 31 programas de LEO (ANUIES, 2014), solo tres están acreditados (9.7 por ciento): la ENEO/UNAM, la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO), del Instituto Politécnico Nacional (IPN) y el de la Universidad Autónoma de Guanajuato (COMASE, 2014). Los demás (escuelas de PP, programas técnicos en general) no disponen de mecanismos formales de acreditación.

## Discusión

De acuerdo con la iniciativa de incluir la atención del parto por personal calificado como uno de los indicadores del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio (ODM 5) (ONU, 2008; Freyermuth, 2015), y el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (SSA, 2012), que hace obligatoria la atención del parto de bajo riesgo en hospitales (Cruz y Enciso, 2015), la apuesta de nuestro ss de llevar la atención del parto sin complicaciones a los hospitales, con la tutela de los médicos, tuvo resultados contraproducentes, como la saturación de los servicios y la competencia, la práctica excesiva de cesáreas, el creciente cuestionamiento por el maltrato de las parturientas (Castro y Ervitti, 2014; Castro, 2014), y falta de adherencia de los prestadores de servicios a los estándares de calidad técnica de la atención (Menéndez, 1988; Suárez y otros, 2013; Pozzio, 2016).

Una vez lanzada la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México (CNEGSR, 2009), en un replanteamiento de las recomendaciones de la OMS, la CIM (2008) y con el respaldo del *Family Care International* (MacDonald y Stars, 2003) –que señalaba la importancia de la PP como una opción para mejorar la atención obstétrica–, se reconoce la relevancia del papel de la primera escuela de PP, CASA, A. C., y de otras iniciativas de apoyo a diversas prácticas para la atención del parto, como la del CIMIGEN y la de Maternidad Atlacomulco, que detonaron la agenda de la FAP, no solo al sembrar más proyectos-escuelas de PP en México, sino para la actual reflexión de la formación en las LEO y las EEP de las universidades más importantes del país ENEO/ESEO, que comienzan a reformular su papel en la práctica de la PP.

## 3.6 La partería desde la experiencia de la enfermería perinatal en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento y su contribución al sistema de salud

CIMIGEN



## Introducción

El Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGEN) es una institución de asistencia privada sin fines de lucro, considerada como un modelo de atención materna de primer nivel con alta capacidad resolutive. Está enclavado en la delegación Izta-palapa, en la Ciudad de México, y desde hace tres décadas incorpora prácticas de partería a cargo de enfermeras perinatales, con lo que ha contribuido a la reducción de la muerte materna, la detección oportuna y la prevención de los defectos al nacer, la participación activa de la familia en el proceso reproductivo y la satisfacción de la experiencia del nacimiento. A pesar de los resultados obtenidos y de la evidencia científica, la figura de enfermería perinatal sigue siendo desconocida y desaprovechada por el sistema de salud. Por tal razón, en este trabajo se describe la experiencia de enfermería perinatal (nos referimos a la actividad profesional, no a la persona, incluye profesionales del sexo masculino) a lo largo de 29 años en la atención materna y perinatal con práctica de partería, y su contribución a los ámbitos académico, político, social y cultural.

En 1988 se echó a andar el modelo operativo del CIMIGEN sobre la base de una estrategia de autocuidado, en donde la enfermera obstetra o perinatal aplica un sistema de detección, evaluación y registro del riesgo perinatal en las etapas pregestacional, gestacional, del nacimiento y del puerperio, con un seguimiento longitudinal para hacer referencias oportunas. Para valorar el riesgo perinatal se emplea un sistema cualitativo que califica los factores de riesgo según sus posibilidades de repercutir en daños en la madre y en el feto o el recién nacido. Con este sistema –conocido en el medio como “código de semáforo”– se determina el tipo de atención que corresponde al riesgo: el verde indica riesgo bajo, atención de primer nivel; el amarillo, riesgo medio, atención de segundo nivel, y el rojo, riesgo alto, atención de tercer nivel, para el conocimiento del personal de salud y las usuarias. Este modelo es apropiado para ser utilizado en economías de bajos y medianos recursos personales, comunitarios y de países en desarrollo.

Poco antes del inicio de su operación, en 1987, el CIMIGEN elaboró una encuesta reproductiva aplicada a la población del área aledaña al

centro de atención perinatal. Aplicó 991 encuestas a 5 816 familias (Vargas y otros, 1999). Los resultados arrojaron que en ese grupo se registró un total de 3 858 nacimientos y una mortalidad materna de 160/100 000, y perinatal de 25/1 000. Después de casi una década, la mortalidad materna se redujo a 60/100 000, y la perinatal a 0.4/1 000, en donde 61 por ciento de la atención la había brindado enfermeras obstetras (CIMIGEN, 1996).

Ante estos resultados, en 1996 se diseñó un Diplomado de Enfermería Perinatal afiliado a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de un año de duración. Se inscribieron ocho alumnas que hicieron sus prácticas en el CIMIGEN y en el Hospital Pediátrico de Xochimilco. Los resultados de esta experiencia mostraron que brindar acompañamiento y una atención integral durante el proceso reproductivo, centrada en las necesidades y el contexto de las mujeres y sus familias, logra disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, e incrementa la satisfacción de las usuarias. Esto se debe en gran parte a las funciones ampliadas de las enfermeras perinatales, quienes prestan atención con enfoque familiar y siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Salas y otros, 2002).

Quedó así demostrada la importancia de especializar a la enfermera obstétrica para prevenir riesgos materno-infantiles y, en su caso, atenderlos oportunamente. Ese mismo año (1996) se propuso que el diplomado fuera una de las primeras cuatro especialidades de la ENEO, que pasaba entonces por el proceso de aprobación de los programas de especialización en Enfermería en Salud Pública, Enfermería Cardiovascular, Enfermería Infantil y Enfermería Perinatal. La ENEO elaboró un programa académico (UNAM, 1996) que incluyó 10 actividades académicas teórico prácticas. El CIMIGEN, como sede del posgrado, propuso un programa operativo adecuado a su infraestructura, y ha mantenido actualizado el capital humano necesario para ofrecer la Especialidad en Enfermería Perinatal de manera ininterrumpida durante 21 generaciones. Desde su apertura, han egresado 410 enfermeras especialistas perinatales (EEP) que se han incorporado al sistema de salud público, privado y social. Si bien la especialidad tiene el propósito de formar en las estudiantes competencias aplicables en los diferentes espacios en donde se incorporan a trabajar, las egresadas suelen afrontar diversos obstáculos.

◀ *Preparación para parto*, CIMIGEN, 13 de mayo, 2016, Instalaciones de CIMIGEN, CDMX.



## **Principales retos y oportunidades**

### ***El desconocimiento de las competencias de las EPP***

En 2016 se entrevistó telefónicamente a casi cien EEP de distintas generaciones (CIMIGEN, 2016). De acuerdo con los resultados de la encuesta, 72 por ciento de las egresadas se tituló al año siguiente de haber terminado sus estudios, y solo 68 por ciento trabaja en áreas relacionadas con la salud materna y aplican parcialmente sus competencias en enfermería perinatal. Las entrevistadas comentaron que esto se debe al desconocimiento de sus competencias por parte del equipo multidisciplinario y de los responsables de la toma de decisiones. Los equipos de salud de los tres niveles de atención desconocen, por lo general, la normativa vigente y las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para la atención de las mujeres en la etapa prenatal, el parto y el puerperio (CIMIGEN, 2016).

El 67.7 por ciento de las EEP entrevistadas relató, por otra parte, que los médicos, y en algunos casos las propias enfermeras, ponen resistencia a su desempeño como especialistas en enfermería perinatal. El 67.7 por ciento comentó que para hacer sus intervenciones “se tienen que esconder”; otras, que no aplican sus competencias en enfermería perinatal porque las asignaron a servicios que no tienen nada que ver con la salud materna. Hubo quienes relataron que les preguntan “para qué estudiaron si de todos modos no pueden ejercer”, o les dicen que “eso no existe” (CIMIGEN, 2016).

### ***El código de contratación***

Otro obstáculo que afrontan las EEP es el código de contratación. A pesar de haber códigos (Mo2034 y Mo2087) de contratación de enfermeras especialistas (DOF, 2014b), la mayoría de las que fueron contratadas por la Secretaría de Salud (SSA) tienen el código de enfermeras generales o auxiliares. Incluso en el Estado de México, donde la Enfermería Perinatal se ha reconocido como estrategia para brindar una atención segura, profesional y centrada en las necesidades de la mujer y su familia, y que

es pionero en tener una maternidad operada por EEP, son pocas las enfermeras contratadas con el código de especialistas.

### ***El CIMIGEN y la Maternidad de Atlacomulco***

También hay historias de la incorporación exitosa de la Enfermería Perinatal y su reconocimiento. En 2007, por iniciativa de la Coordinación de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en colaboración con la coordinación del posgrado de Enfermería Perinatal con sede en CIMIGEN, se gestionó que un grupo de licenciados en enfermería adscritos a los servicios del ISEM cursaran la especialidad en el CIMIGEN.

Una vez que este grupo se incorporó a su lugar de adscripción para ejercer lo aprendido, logró dar a conocer la Enfermería Perinatal y favoreció cambios significativos en la atención, si bien no se escapó de afrontar los obstáculos descritos en los párrafos anteriores. Una oportunidad significativa para ellos fue la puesta en marcha del modelo de atención perinatal integral de la “Maternidad Atlacomulco”,<sup>33</sup> en el Estado de México, con el propósito de brindar atención perinatal y en salud reproductiva en todas las etapas del embarazo, el parto y el puerperio, así como para la salud y el bienestar del recién nacido. Este modelo se basó en la experiencia de CIMIGEN, en donde las enfermeras obstétricas y perinatales atienden población calificada como de bajo riesgo (OMS/OPS, 2013).

La creación del modelo “Maternidad Atlacomulco” es resultado de la labor de gestión de la maestra Beatriz García López, coordinadora del ISEM y su equipo de colaboradores. Se formaron 58 EEP de 2007 a 2011. Además, se brindó a las egresadas formadas en la sede del CIMIGEN la

<sup>33</sup> En la Maternidad Atlacomulco Enfermeras obstétricas y perinatales brindan atención integral a mujeres con embarazo de bajo riesgo. Su modelo de atención se basa en el desarrollado por el CIMIGEN para brindar atención perinatal y en salud reproductiva durante embarazo, el parto y el puerperio, así como para la salud y bienestar del recién nacido. Este modelo tiene su base operativa en la normativa y las políticas del Instituto de Salud de Estado de México.

oportunidad de desarrollar sus competencias en un modelo de atención materna con un enfoque intercultural. A este modelo se incorporaron EEP adscritas a los servicios del ISEM y EEP con experiencia en el CIMIGEN. La Maternidad de Atlacomulco opera sobre la base de esa experiencia anterior. En junio de 2017, esta maternidad había atendido más de 5 280 partos con cero muertes maternas (García, 2011). Si los funcionarios de las instituciones asociadas a la salud materna están informados y capacitados en las competencias de las EEP, aumenta la probabilidad de que se formen equipos sumamente funcionales y se reduzcan los obstáculos para su incorporación.

## **Propuesta del CIMIGEN para fortalecer la partería por medio de la enfermería perinatal**

La demora para obtener el tratamiento adecuado es una de las causas de la muerte materna, pues la atención depende de la disponibilidad de personal capacitado y consciente del problema (Gobierno de la República, 2013). El CIMIGEN apostó a la formación de EEP para contribuir al incremento de personal capacitado y consciente para brindar atención materna en el país. La experiencia nos ha enseñado que eso no es suficiente; es necesario trabajar de la mano con otros actores, principalmente con las autoridades federales y estatales de la SSA.

Por esa razón, la propuesta del CIMIGEN para fortalecer la partería en México es concentrar la formación de EEP en un solo estado de la República; un estado con apertura, aceptación y reconocimiento de las EEP como elementos estratégicos en la mejora de la salud materna, principalmente en el primer nivel de atención. La experiencia documentada en un estado debe servir como evidencia de los resultados de la participación de las EEP en el continuo de la atención materna. Lo que podría influir en la voluntad política de los responsables de la toma de decisiones para apoyar la formación de EEP, habilitar espacios para su integración en el sistema de salud y reproducir la experiencia.

El estado de Tlaxcala buscaba fortalecer su modelo de atención e incrementar los espacios para que EEP brindaran atención materna. En

alianza con el CIMIGEN, la SSA estatal propuso a 11 enfermeras de sus centros de salud que manifestaron interés en la especialidad. Fueron aceptadas, iniciaron el curso en agosto de 2016 y lograron alcanzar el nivel esperado, a pesar de la difícil adaptación que implicó dejar a sus familias para retomar los estudios. Ya están por terminar el segundo semestre e incorporarse a sus centros de salud como EEP a cargo del continuo de la atención materna (SSA del estado de Tlaxcala, CIMIGEN y Fundación MacArthur, 2016).

En el primer semestre de 2017, el CIMIGEN atestiguó un acercamiento de autoridades del ISEM, que desde 2007 han enviado estudiantes a cursar la EEP, para integrarse a los servicios de atención materna. Actualmente, más de 100 EEP brindan atención materna. Para finales de este año, 10 maternidades en el estado van a reproducir el modelo de atención de la Maternidad de Atlacomulco. Esto generó una vinculación más formal de CIMIGEN con el Estado de México para formar grupos más grandes los años siguientes.

Por otra parte, para evidenciar los resultados de la atención de las EEP, de modo que les sean útiles a los responsables de la toma de decisiones, el CIMIGEN participó –con el Instituto Nacional de Salud Pública y representantes de organizaciones como la UNICEF, la SSA, Universidad de Yale (Estados Unidos) y el CIESAS, entre otras– en el diseño de indicadores e instrumentos de evaluación de la calidad de la atención.

## Conclusiones

Los avances de los últimos años en la regulación, la formación y la integración laboral de EEP constituyen apenas las bases de un modelo de atención materna que integre las diversas figuras de partería (parteras tradicionales, técnicas, profesionales y enfermeras obstetras y perinatales), según el contexto de cada región del país. Las siguientes son algunas recomendaciones derivadas de la experiencia relatada en este artículo:

- Dar a conocer las competencias de las EEP, su interacción con el equipo multidisciplinario de salud, sus responsabilidades y su

papel en el continuo de la atención materna. Promoverlas tanto en las instituciones de salud como en las escuelas de medicina y enfermería.

- Comparar el costo-efectividad de la atención materna en el primer nivel de atención con EEP con el de la atención en los hospitales de segundo y tercer niveles.
- Difundir las experiencias exitosas del modelo de atención con EEP en el sector público, así como el camino a seguir para adoptarlo en otros estados.
- Intervenir una política pública para definir un presupuesto especial para la contratación de EEP con el código de enfermeras especialistas, empezando por las EEP que ya están contratadas en el sistema de salud, aunque con un código distinto del de los especialistas.
- Vincular a las EEP con oportunidades laborales que les permitan ejercer la partería en el sistema de salud.
- Promover y facilitar las herramientas necesarias para que otros estados de la República abran sedes de posgrado en EEP.
- Impulsar la habilitación de escenarios y la provisión de los insumos necesarios para el ejercicio de la EEP.
- Fortalecer el liderazgo y la autonomía de las EEP que ejercen la partería.
- Obtener la certificación y la regulación de la práctica de las EEP con competencias en el modelo de partería.
- Dar representatividad a la EEP en los organismos internacionales de partería.

Avanzar en el reconocimiento y la participación de las EEP en la atención materna abre espacios para que el resto de las parteras del país también sean reconocidas. Más aún, para que cada mujer embarazada en México tenga acceso a una atención segura, profesional, respetuosa y amorosa.

### **3.7 Transitar hacia la certificación: caminos, obstáculos y nuevos interrogantes. La experiencia de la Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A. C.**

*Bianca Vargas Escamilla  
Ondine Rosenthal Sievers*



## Introducción

Mujeres Aliadas, A. C. es una organización civil mexicana sin fines de lucro, cuyas actividades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva buscan promover el ejercicio de los derechos –y el acceso– a una atención calificada, desde el modelo de la partería profesional. Su trayectoria de más de siete años en la región de la cuenca del lago de Pátzcuaro y la meseta purépecha, en el estado de Michoacán, se define por la identificación de las necesidades y las prioridades locales, en un diálogo permanente en el contexto nacional e internacional, lo que se refleja en sus cuatro ejes de trabajo: los programas clínico, comunitario, para adolescentes y educativo (Programa de Formación de Parteras Profesionales).

Cuando se fundaba esta organización, la agenda global determinó como prioridad la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, por lo que se propuso, entre otras estrategias, fortalecer la partería profesional en los países con indicadores deficientes (ONU, 2010; OPS, 2010). Michoacán no era uno de los estados del país considerados como “focos rojos”; sin embargo, un análisis de la situación de la salud realizado por la organización confirmaba un escenario común, aunque con particularidades locales. Entre los principales hallazgos, se identificó que un porcentaje importante de mujeres no tenía seguro de salud, y que la gran mayoría carecía de información sobre su cuerpo, la prevención de problemas de salud y las opciones en torno a la reproducción. Por otro lado, evidencias daban cuenta de la saturación de los hospitales y de la falta de profesionales especializados en salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, la partería tradicional estaba desapareciendo, dejando a las mujeres sin alternativas para mejorar el acceso a –y la calidad de– estos cuidados (Ferguson, 2010).

Una vez consolidado el trabajo con las comunidades mediante prácticas participativas en los centros de salud y otros espacios comunitarios, y tras la apertura de la primera casa de salud para la atención de la mujer, surge el programa de formación de parteras. Estas experiencias confirmaban los resultados del análisis diagnóstico y apoyaban la aceptación del modelo, por lo que fue necesario satisfacer la demanda de personal.

Así, la formación era indispensable para fortalecer el trabajo de la organización. Y una propuesta curricular que se sumara a la oferta educativa en la región podía convertirse en una herramienta de empoderamiento para las mujeres.

Este artículo ofrece un acercamiento al contexto en que surge la Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A. C., y da cuenta de los interrogantes, los retos y el aprendizaje que caracterizaron el tránsito hacia un diseño curricular que satisficiera los criterios de certificación establecidos en materia de educación y formación de recursos humanos en salud. Tránsito que ocurrió a diferentes velocidades, librando obstáculos –internos y externos–, evaluando vías alternas, tomando decisiones e incluso replanteando la meta (Vega, 2016). Compartir esta experiencia permite difundir los conocimientos generados en dicho transitar, y contribuir a la reflexión colectiva en torno a la transmisión del saber de la partería y sus diversas posibilidades.

## Construcción de una propuesta curricular

El programa de formación comenzó a operar en 2011 con una propuesta desarrollada por su fundadora, una partera profesional certificada por la Universidad de Illinois, en Chicago, EUA. Esta propuesta se basó en su experiencia como partera y su trayectoria de enseñanza, así como en el contenido del primer libro de partería profesional editado en español, y las competencias esenciales descritas por la Confederación Internacional de Matronas y la Alianza de Matronas de Norteamérica. La propuesta se complementó, además, con el diagnóstico de salud de la región, el intercambio de ideas con profesionales y autoridades locales del sector salud, y algunos espacios de diálogo a nivel nacional, que mostraban un creciente interés en esta oferta formativa.

Dadas las limitaciones financieras y de infraestructura del programa, este inició con una estrategia en que la enseñanza estaría a cargo de la fundadora del programa, aunque contó con la participación –muchas veces voluntaria– de otras parteras certificadas en el extranjero, de parteras tradicionales y empíricas, licenciadas en enfermería y obstetricia,

◀ *Simulación de atención de parto intrahospitalario. Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas A. C., Mujeres Aliadas, A. C., 13 de octubre, 2012, Erongarícuaro, Michoacán.*



médicas y profesionales del área de las ciencias sociales, cuya aportación permitió desarrollar una propuesta integral. Puesto que la visión de la organización era extender el título y la cédula profesional a sus nueve estudiantes, la propuesta se adaptó a los criterios de la Secretaría de Educación Pública (SEP), enfocados principalmente en los aspectos pedagógicos y de infraestructura, mientras que la evaluación del contenido correspondía a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

El primer logro fue integrar –en un organismo que carece de un marco específico y del comité idóneo para evaluar un programa en partería profesional– una propuesta que pudiera someterse a evaluación. Si bien esta propuesta se sirvió de la asesoría de una pedagoga experta en el diseño de planes de estudio, la burocratización de los procesos impuso una brecha entre los criterios asentados de manera explícita y lo que se solicitó en cada dictamen. Es difícil discernir los faltantes o errores de una iniciativa que no forma parte de una institución consolidada, y que afronta el desconocimiento y la renuencia de los evaluadores a tomar como referentes las evidencias y los avances generados en otros estados.

La propuesta curricular inicial planteaba: la duración de tres años de estudios más un año de práctica clínica –o bien de servicio social–; una estructura modular con temas teóricos y prácticos; el fortalecimiento continuo del trabajo comunitario y el aprendizaje con parteras tradicionales, así como criterios mínimos de práctica clínica supervisada en diferentes contextos –parto en casa, casa de partos y clínicas u hospitales–, como requisito indispensable para el egreso. Sin embargo, los retos centrales eran, por una parte, mantener el contenido y la estructura esenciales –frente al modelo médico institucional de atención del embarazo, el parto y el puerperio– y, por la otra, cumplir con otros requisitos de todo plan de estudios. Por ejemplo, contar con programas de actividades extracurriculares y de formación integral, de evaluación curricular interna y externa, y de mejora continua del plan de estudios; una plantilla docente y administrativa y un extenso estudio de factibilidad, entre ellos. Estos requisitos –formulados para instituciones educativas públicas y privadas– demandan una cantidad de recursos difícil de

reunir para una iniciativa de la sociedad civil acotada a un solo programa y a una matrícula reducida (máximo 15 estudiantes por generación), por lo que retan el balance entre las prioridades de la enseñanza-aprendizaje de la partería y la operatividad de ciertos requisitos.

Si bien es cierto que el número de parteras es insuficiente, que aquellas con título y cédula son todavía muy pocas y, entre ellas, las que pueden ser docentes titulares o directoras de una escuela, con estricto apego a los criterios, son contadas; en nuestro caso se han incorporado en la plantilla docente enfermeras obstetras y médicas familiarizadas con el modelo, con la solicitud de no subordinar la guía y el saber de las parteras, considerando que el mismo marco regulatorio que limita al respecto también posibilita la incorporación de personas con experiencia demostrable, aun cuando su formación sea autónoma, como se indica en el siguiente apartado:

Para el caso de personal académico de asignatura se requerirá: a) Poseer como mínimo el título, diploma o grado correspondiente al nivel educativo en que se desempeñará; o b) Satisfacer las condiciones de equivalencia de perfiles, demostrando que posee la preparación necesaria, obtenida ya sea mediante procesos autónomos de formación o a través de la experiencia docente, laboral y/o profesional [...] (DOF, 2000).

Para Mujeres Aliadas, A. C., estas oportunidades han sido relevantes por permitir conservar y promover –en su generación y su práctica– el saber de la partería indígena comunitaria y autónoma, no como un valor estático, sino como un patrimonio intangible, plural y en constante transformación. Así, aunque la organización se ha sustentado en el modelo de partería profesional, mantiene una postura dialógica frente a otros caminos de formación, resaltando la riqueza de la diversidad en torno a la partería.

Todavía sin la certificación oficial, la primera generación egresó en 2015, habiendo concluido el total de los créditos. Dado que el programa tuvo algunas adiciones sobre la marcha, se debió agregar un semestre más para cursar las nuevas materias y cumplir la práctica clínica en campos externos a la Casa de Salud y la Casa de Partos de Mujeres Alia-

das, lo que se logró gracias a la gestión directa en la Secretaría de Salud estatal y los hospitales. En ese proceso las estudiantes tuvieron un papel activo en colaboración con las parteras, la dirección ejecutiva y el Consejo Directivo de la organización. También en 2015 obtuvimos la aprobación del plan de estudios, con lo que pasamos a la segunda etapa. En la visita de inspección a las instalaciones se consideró que la infraestructura tenía importantes limitaciones, por lo que el dictamen no sería favorable. Sin embargo, la resolución de la comisión evaluadora de la CIFRHS, dos años antes –tras la revisión del plan de estudios y una visita similar–, no indicó problemas mayores en términos de infraestructura. Señalar esas contradicciones en la evaluación permitió obtener, finalmente, un dictamen favorable. El reconocimiento de validez oficial de la SEP fue aprobado tras haber estado obstaculizado por conflictos que involucran a dicha instancia, en abril de 2017.

## **¿Es la certificación la meta? Consideraciones finales**

La formación –como parte del fortalecimiento de la partería profesional a nivel nacional– se ha anclado a diversos justificantes. Uno de los más relevantes es el marco de Derechos Humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud de las mujeres que demandan los servicios de atención. Debe destacarse también el derecho a ejercer una profesión, puesto que en la actualidad hay el registro de una cédula y un código de contratación. En este sentido, la certificación requiere un marco normativo que estructure y regule la operación en cada uno de los estados y trascienda a nivel nacional en términos de presupuesto, para dar continuidad a la oferta formativa, la contratación y la generación de espacios de atención, incrementando su disponibilidad y manteniéndolos accesibles a los diferentes sectores de la población.

Así, la certificación sigue siendo una de las prioridades de Mujeres Aliadas para poder titular a sus egresadas y fue uno de los criterios para la apertura de una nueva generación, dada su relevancia para extender

las oportunidades de empleo. Esta meta es, sin embargo, parte de un proyecto más amplio, toda vez que el diálogo con otras escuelas y organizaciones apunta a considerar otras formas de certificación, como la evaluación por pares en coordinación con organismos internacionales, así como otras múltiples vías para fortalecer el modelo de partería en México. Uno de los retos principales de este modelo es la inclusión de diferentes caminos formativos y el ejercicio autónomo de la profesión, reconociendo que ambos implican el diálogo y la colaboración horizontal desde la diversidad y hacia la pluralidad de valores, necesidades, preferencias y elecciones de las mujeres en el país.



## 3.8 Propuesta de una Licenciatura en Partería y Obstetricia UNICH-CISC

*Mariana Fernández Guerrero*

*Imelda Martínez Hernández*

*Rolando Tinoco Ojanguren*



**SÍ** a la  
presencia  
de la **PARTERÍA**  
**PROFESIONAL\***  
en los **Servicios de Salud**

© Gloria Albano

**BENEFICIOS DE INCORPORAR A LAS PARTERAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD:**

### **PARA LAS UNIDADES DE SALUD**

Las **parteras profesionales** estarán dedicadas al **seguimiento y la atención** de las mujeres desde el primer nivel de atención en su propia comunidad, con un enfoque científico basado en evidencia y **respeto a los derechos** en coordinación con médicos, enfermeras y parteras tradicionales.

## Introducción

Este artículo forma parte de un trabajo más amplio que rescata las reflexiones, experiencias y lecciones aprendidas del proceso de gestión y promoción de una Licenciatura en Partería en la Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH). En la propuesta participan la propia UNICH y el Centro de Investigaciones en Salud Comitán, A. C. (CISC). En el presente artículo se plantean las características centrales de la propuesta.

Asimismo, se comparte la experiencia del CISC, en colaboración con la UNICH, en la gestión de una Licenciatura en Partería y cómo obtiene el nombre de Partería y Obstetricia, en virtud de los encuentros y desencuentros en las discusiones públicas sobre la profesionalización de la partería en los ámbitos local, nacional y latinoamericano. Discusiones que evidencian, entre otras, las siguientes preocupaciones:

- ¿Atenta la profesionalización de la partería contra las parteras tradicionales?
- ¿Se trata de una forma más de colonización de los saberes y las prácticas de los pueblos originarios?
- ¿Debe emplearse el nombre de partería en el ámbito universitario?
- ¿Se reafirma con ello la medicalización del parto?

Dichas discusiones pasaron por alto la posibilidad de adelantar un diálogo significativo para articular, mediante la formación integral de recursos humanos locales, las prácticas y el conocimiento tanto de la partería tradicional como de la obstetricia, con la premisa del modelo de partería: el embarazo y el parto son acontecimientos naturales de la vida, contingentes y anclados a las culturas, pero cambiantes y en permanente diálogo intercultural.

## Antecedentes

A principios de 2014, el CISC<sup>34</sup> inició, en colaboración con la UNICH, una exploración sistemática para identificar la posibilidad de crear una Licenciatura en Partería en esa universidad. Se indagó sobre las necesidades locales en el campo profesional del estado de Chiapas. En 2015 se exploró, así:

- La demanda de la licenciatura.
- La aceptación de un nuevo profesional por parte de las mujeres en edad reproductiva, de las parteras tradicionales, del personal de salud del primer nivel de atención y de las autoridades estatales de salud relacionadas directamente con la creación de una licenciatura en Partería.
- La identificación de los actores sociales influyentes y su posición en favor o en contra del proyecto.
- La visión de las parteras técnicas profesionales, contratadas entonces por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas, referente a su formación, su desempeño y sus estrategias de vinculación con el personal de salud y con las mujeres usuarias y sus familias.

Se hizo también un reconocimiento de los programas de estudios de varias organizaciones sociales en México que ofrecen profesionalización técnica, formación o capacitación en partería, así como de su experiencia acumulada. Sobre la base de la evidencia generada se construyeron argumentos robustos que convencieron a la UNICH de la pertinencia y la oportunidad de crear la Licenciatura en Partería, por lo que extendió una carta-compromiso para trabajar en conjunto con el CISC. Con esta formalización comenzaron las actividades en colaboración para formular la propuesta curricular de la licenciatura; actividades que se vieron interrumpidas debido a la compleja dinámica interna de la universidad y el cambiante contexto político de Chiapas.<sup>35</sup>

◀ *Difusión del cartel para la pertinencia de parteras profesionales en los servicios de salud, CISC, diciembre 2016, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.*

<sup>34</sup> Proyecto 'Profesionalización de la partería mediante la formulación, gestión, diseño, implementación y evaluación de una licenciatura de atención a la salud materna en contextos interculturales', con apoyo de la Fundación MacArthur.

<sup>35</sup> Entre mayo de 2014 y octubre de 2016 hubo cuatro cambios de rectoría y, en con-



**TABLA 1.3.8 DISEÑO CURRICULAR BASADO EN COMPETENCIAS. ASEGURA LA CORRESPONDENCIA ENTRE FORMACIÓN Y CAMPO DE TRABAJO. UNICH**

OJBETIVOS	ELEMENTOS	ESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS	INTEGRACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construir un perfil profesional desde el análisis funcional</li> <li>2. Responder al escenario actual y a las investigaciones acerca del aprendizaje</li> <li>3. Promover la articulación entre exigencias de las necesidades de atención de la SSRMN en entornos multiculturales y a la formación profesional en Partería y obstetricia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructura curricular modular</li> <li>2. Objetivos generales, particulares y específicos</li> <li>3. Carga horaria/créditos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contenidos académicos</li> <li>2. Metodologías educativas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructura modular</li> <li>2. Enfoque de enseñanza-aprendizaje significativo</li> <li>3. Actitudes que se desprenden de los elementos de las competencias</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contenidos</li> <li>2. Teoría</li> <li>3. Práctica</li> <li>4. Actividades</li> <li>5. Evaluación</li> </ol>

Con respecto al nombre de la licenciatura, las autoridades, las personas responsables de las áreas académicas y varios docentes vinculados con el tema coincidieron en que la propuesta de la Licenciatura se denominaría: en Partería y Obstetricia; incluiría una perspectiva intercultural; debería evidenciar, desde su propio nombre, a la partería como ciencia (obstetricia) y de esta manera constituir una señal clave del compromiso de la UNICH con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En particular, en el contexto de las mujeres que viven en zonas donde, por un lado, los jóvenes no tienen acceso a una formación universitaria que beneficie directamente a su comunidad y, por el otro, las mujeres en edad reproductiva no tienen garantizado el acceso a una atención de personal de salud calificado, culturalmente apropiada –además de las parteras tradicionales– que reduzca los factores de riesgo durante el embarazo y el parto, así como del recién nacido.

Una Licenciatura en Partería y Obstetricia responde a las políticas nacionales e internacionales para atender las necesidades de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal de la población.

secuencia, en la estructura funcional, lo que modificó la interlocución y el avance del proyecto. El CISC siguió gestionando, generando alianzas y construyendo espacios de reflexión y de trabajo en equipo dentro y fuera de la UNICH.

## **Características centrales de la propuesta de Licenciatura en Partería y Obstetricia de la UNICH-CISC**

La propuesta de la Licenciatura de Partería y Obstetricia está enfocada en formar estudiantes locales con una excelente preparación científica y técnica, y la capacidad de identificarse con –y desempeñarse en– los diversos contextos socioculturales del estado de Chiapas, para coadyuvar al cuidado de la salud sexual y reproductiva, detectar oportunamente riesgos y complicaciones y brindar una atención integral de calidad a las mujeres durante las distintas etapas de su vida (OPS, CLAP/SMR, 2014). La propuesta pretende dar continuidad a la partería mexicana mediante la co-construcción de saberes multiculturales sobre el cuerpo, la reproducción, la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

### **Premisa y componentes**

La propuesta se basa en el modelo de atención de partería, que tiene por premisa que el embarazo y el parto son acontecimientos naturales contingentes y ajenos, por lo tanto, a la visión de enfermedad que conlleva su medicalización (Gil, 2009). Este modelo privilegia una perspectiva holística del bienestar de la mujer a lo largo de su vida, desde una óptica sociocultural enfocada en sus derechos. Sus elementos básicos se derivan de las Directrices de la Confederación Internacional de Matronas (CIM, 2013): a) dar a las mujeres educación individualizada en salud sexual y reproductiva en el marco de sus derechos; b) brindarles consejería, acompañamiento y atención antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el posparto, tomando en cuenta que las mujeres y sus familias son las protagonistas; c) evitar medicalizar el embarazo, el parto y el posparto; d) identificar a las mujeres que requieran atención obstétrica especializada o de otra índole y referirlas, y e) favorecer el apego y la lactancia materna desde las primeras horas de vida.

## **La dimensión sociocultural**

Con base en lo anterior, en el Código de Ética y Valores de la Asociación Mexicana de Partería (AMP, 2014), y en los valores que caracterizan a las Universidades Interculturales en México (Casillas y Santini, 2009), la propuesta de la licenciatura se centra en las mujeres, sus derechos y su cultura. Se busca así que la formación responda a las expectativas y necesidades socioculturales (respeto a las creencias, prácticas, valores, normas, símbolos y lengua) de la población que será atendida.

## **Ámbito, comunicación e interacción**

La propuesta de la licenciatura se enfoca en el ámbito rural, donde hay una gran necesidad de estos profesionales en el primer nivel de atención del sistema de salud. Enfatiza la comunicación significativa con el equipo de salud del que formen parte, sobre la base del respeto y la confianza mutua. Se espera que las licenciadas en Partería y Obstetricia atiendan a mujeres sanas y detecten, en su caso, la necesidad de buscar la asesoría médica, sin deslindarse de sus responsabilidades. Se fomentará, así, la colaboración con diferentes profesionales e instancias prestadoras de servicios de salud y la capacidad de compartir la responsabilidad, ya que la atención de una mujer o de la persona recién nacida con alguna complicación médica, ginecológica u obstétrica requiere su identificación y su canalización oportunas.

## **Elementos conceptuales, perfil del egresado, responsabilidades y funciones generales**

Los elementos conceptuales que atraviesan la estructura curricular de la licenciatura y que tendrán presencia práctica en la atención de las mujeres y el recién nacido son:

- a) El modelo de partería.
- b) La equidad de género.
- c) Los derechos humanos.

El perfil de egreso de la Licenciatura en Partería y Obstetricia es un profesional con formación sólida, integral, científica, tecnológica, humanista, social, ética y moral, capaz de un desempeño autónomo con competencias de resolución, que contribuya con sus acciones al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus hijos, y de su calidad de vida. Tendrá las siguientes características:

- Integridad en el desempeño de su especialidad profesional.
- Sensibilidad, humildad y respeto ante los valores culturales de las mujeres a las que atiendan y sus familias (OPS/CLAP/SMR, 2014).
- Conocimiento y habilidades para realizar sus actividades sin violentar dichos valores (OPS/OMS/CPMS y UNFPA, 2014).
- Una actitud crítica, reflexiva y propositiva.

Algunas de las responsabilidades de los egresados de la Licenciatura serán:

- Promover el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.
- Trabajar con las mujeres –de la población que atiendan, incluyendo a las adolescentes y las jóvenes– para promover su autocuidado, su respeto a la dignidad humana, su autonomía y su protagonismo para hacer valer su derecho a ser escuchadas y que sus decisiones con respecto a su salud sexual y reproductiva se respeten y se atiendan.
- Trabajar con las mujeres, las parteras tradicionales y otros trabajadores de la salud de su entorno laboral para identificar prácticas culturales perjudiciales para las mujeres, las niñas y los niños, y buscar formas de superarlas.

Los egresados de la Licenciatura en Partería y Obstetricia se desempeñarán como integrantes de equipos de salud multidisciplinarios en las

áreas de: la obstetricia, la partería tradicional, la salud sexual y reproductiva y la perinatología, con el compromiso de investigar y aprender de manera continua y ejercer su liderazgo. En el ámbito de su competencia tendrá las funciones –con la participación de la comunidad– de:

- Gestionar el cuidado en la partería y en la promoción y la protección de la salud.
- Gestionar el trabajo en equipo.
- Resolver problemas.
- Propiciar y mantener una comunicación adecuada.
- Referir oportunamente a las mujeres y los neonatos que lo requieran a los niveles de salud correspondientes.
- Asegurar la atención en el continuo de la vida.
- Investigar para la prevención de las enfermedades.

## Conclusiones

El contenido de la propuesta de una Licenciatura en Partería y Obstetricia UNICH-CISC se deriva del análisis de los programas de formación de partería en México, e incluye aspectos relevantes del modelo de las universidades públicas interculturales: la lengua originaria, la vinculación permanente con la comunidad durante la carrera y, por consiguiente, el conocimiento de la cultura local, la identificación de los problemas en su campo profesional y el enfoque en los derechos humanos y de la mujer. Incorpora, además, el campo de acción de las futuras profesionales en el primer nivel de atención, es decir, en la atención primaria de la salud y la promoción de la salud en el continuo de vida de las mujeres y en la atención del parto normal con pertinencia cultural (CISC, 2014).

Con esta propuesta se pretende que las casas maternas se consideren campos clínicos que incorporen a los estudiantes de la Licenciatura durante sus prácticas y el servicio social. Estos espacios serían enriquecedores para los procesos de enseñanza y aprendizaje y el ejercicio profesional de los egresados.

## 3.9 Las parteras como líderes sociales

*Nancy Salmerón*

*Eugenia Likar*

*Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir*



## Introducción

El proyecto Proceso de Fortalecimiento del Liderazgo de Parteras en México, impulsado por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C. (ILSB), surgió con el objetivo de promover el liderazgo de un grupo de parteras de diferentes estados de la República, para fortalecer su trabajo, consolidar alianzas y negociar más efectivamente sus intereses dentro del sistema de salud y ante autoridades. Dicho proyecto incluye actividades que forman parte de las competencias del ILSB, como el diseño y desarrollo de un plan de formación y acompañamiento en la construcción de liderazgos sociales con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad.

## Justificación y desarrollo

En México falta promover la formación de parteras, su reconocimiento e incorporación en los servicios de salud, pero también falta promover el reconocimiento de las parteras calificadas e incorporarlas en los servicios de salud, para que las mujeres puedan decidir qué tipo de servicios desean para la atención de su salud sexual y reproductiva, y reciban un trato digno, respetuoso y de calidad. La inadecuada distribución de los recursos técnicos, humanos, financieros y de infraestructura; la deficiente calidad de la atención y la saturación de los servicios médicos (Fundación MacArthur, 2013), así como la práctica excesiva de cesáreas, con la concomitante sobremedicalización y el encarecimiento de la atención (ENSANUT, 2012), son algunos de los principales problemas del sistema de salud mexicano que repercuten en las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al embarazo, el parto y el puerperio. De acuerdo con análisis de las cifras oficiales validadas hasta mayo de 2015, la razón de mortalidad materna en 2013 fue de 38.2 por cada 100 000 nacimientos (GIRE, 2015).

La labor de las parteras es parte de la solución de estas brechas en el sector salud y una vía fundamental para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, de aumentar la salud materna y disminuir la mor-

talidad infantil. Sin embargo, este recurso es prácticamente inexistente en los servicios en México, ya que según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014), las parteras conforman apenas 0.1 por ciento del personal calificado que atiende partos. En varias regiones del país, las parteras tradicionales, las parteras autónomas y las egresadas de las escuelas de parteras atienden cada vez menos partos debido al estigma social, obstáculos burocráticos, la falta de reconocimiento por parte del personal médico y el adoctrinamiento de las mujeres para evitar que soliciten sus servicios. La gran mayoría de las 16 000 licenciadas en enfermería y obstetricia, por su parte, tampoco prestan servicios de salud reproductiva.

El reconocimiento de la partería como elemento nodal para reducir el número de muertes prevenibles e incrementar el bienestar de las mujeres y los recién nacidos ha ganado terreno en los últimos años. En este contexto, el ILSB apuesta por la consolidación de una masa crítica de parteras con funciones de liderazgo dentro de las instituciones de gobierno y de salud, así como en sus comunidades.

## Desarrollo del proyecto

El ILSB desarrolla procesos de formación diseñados específicamente para los grupos a los que se dirigen, en los que se busca incorporar sus propios saberes. Por ello, este proyecto empezó con 40 entrevistas a actoras clave de la partería en México. El diagnóstico permitió una mejor lectura política del movimiento que promueve el reconocimiento y la regulación de la partería en el país y arrojó información significativa sobre las divisiones entre las parteras según su formación (empíricas, tradicionales, técnicas, licenciadas en enfermería y obstetricia, etcétera), y las vías que consideran adecuadas para fortalecer la partería. El diagnóstico también evidenció el interés compartido del grupo por consolidar su liderazgo y gestionar espacios de construcción de alianzas.

Con estos elementos, el ILSB diseñó y desarrolló dos procesos de formación teórico-prácticos de aula-taller para 50 parteras de diferentes tipos de formación, de 18 estados del país, poniendo énfasis en el reco-

◀ *Primer Foro Nacional de Partería impulsado por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, Diego Saggiorato, noviembre 2017, Mérida, Yucatán.*



nocimiento de sus diversos saberes y buscando identificar objetivos comunes y relaciones de cooperación. Desarrolló y ejecutó, además, un programa para 20 integrantes del personal de planta del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGEN), que busca que los conocimientos y habilidades en liderazgo queden como competencias instaladas en la organización y se incorporen en su oferta formativa.

La primera capacitación, de 44 horas, estuvo dirigida a 21 parteras de 11 estados del país, en su mayoría autónomas, relacionadas de cerca con la Asociación Mexicana de Partería (AMP). El objetivo del curso-taller fue reflexionar sobre el papel de las parteras en la consolidación de la Asociación y en las iniciativas que esta impulsa para promover la partería, y proporcionar a las participantes herramientas y conocimientos en los temas de derechos humanos y de la mujer y liderazgo. El ILSB cuenta con un área de evaluación para asegurar que los procesos formativos sean aptos para las participantes y que el aprendizaje sea significativo y concreto, de manera que se hicieron evaluaciones antes y después de la capacitación (ILSB y Fundación MacArthur, 2016) para medir la adquisición de conocimientos y habilidades de liderazgo. El análisis de las evaluaciones arrojó un notable incremento de 2.5 puntos en el conocimiento de los temas trabajados. Con respecto a las habilidades de liderazgo, la mayoría de las participantes manifestó que el programa había logrado fortalecerlas para llevar a la práctica las habilidades adquiridas (50- 25 por ciento), mientras que un porcentaje menor (31-19 por ciento) consideró que ya eran capaces de aplicarlas en sus respectivos contextos (ILSB y Fundación MacArthur, 2016).

La segunda capacitación, también de 44 horas, estuvo dirigida a 29 parteras de 12 estados del país, con diversos tipos de formación (tradicionales, estudiantes o egresadas de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA, Nueve Lunas, Cruz Roja Florencia Nightingale, la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero y CIMIGEN, entre otras). El objetivo del curso fue que fortalecieran sus conocimientos en los temas de género, derechos humanos, interculturalidad y liderazgo, y se concibieran como líderes sociales con las habilidades y herramientas necesarias para ejercer su profesión de manera óptima. El 92 por ciento de las

participantes consideró muy útil el programa de formación para mejorar sus habilidades de liderazgo. El análisis cualitativo de las evaluaciones arrojó como principal logro de la capacitación que las parteras reconocieran la importancia de establecer una agenda política común para incidir en la política pública en materia de salud materna, y que hayan comenzado a delinearla (ILSB y Fundación MacArthur, 2016).

El ILSB diseñó e impartió, finalmente, un curso-taller de capacitación de 17 horas al personal de planta del CIMIGEN, cuyo objetivo fue tratar temas que no se abordan de manera formal en su plan de estudios, pero que son vitales para el desempeño profesional de las egresadas, tales como: identidad y partería, derechos humanos, negociación en conflicto, comunicación asertiva y autocuidado. Se buscó que estos conocimientos y habilidades quedaran como capacidades instaladas en la organización y pudieran permear en la oferta académica para los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. El 89 por ciento de los participantes consideró que el programa de formación había sido muy útil para fortalecer sus habilidades de liderazgo. Los temas de estrategias de comunicación asertiva, construcción del discurso y el ejercicio de la profesión en el marco de los derechos humanos fueron los de mayor aceptación en el grupo (ILSB y Fundación MacArthur, 2016).

Tomando en cuenta los intereses de quienes asistieron al curso-taller el ILSB propuso una serie de ejercicios enfocados a fomentar la comunicación, la construcción de alianzas y el impulso de acciones concretas de la agenda política del movimiento que promueve el reconocimiento y la regulación de la partería en México: organizar una capacitación grupal para la Mesa Directiva de la Asociación Mexicana de Partería (AMP), dos procesos de formación de aula-taller para 60 parteras y un foro nacional de partería.

## Conclusiones

El acercamiento al mundo de la partería nos ha permitido conocer cómo la mayoría de las parteras viven su profesión en soledad y se enfrentan a la violencia y a la falta de reconocimiento por parte del sistema de salud y de la sociedad en general, independientemente de su formación o del tipo de partería que practiquen. También nos ha permitido dimensionar la necesidad de fortalecer el movimiento y articular acciones para transformar el paradigma de atención de la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal, así como la violencia obstétrica. En este sentido, el trabajo del ILSB se orienta a generar espacios de formación y de intercambio a nivel local y regional, de una manera estratégica y articulada, para que las parteras lleguen a acuerdos sobre los temas centrales de su agenda, como la definición del modelo o los modelos de partería que desean impulsar, y contribuyan al fortalecimiento del movimiento desde su liderazgo.

## 4 Comunicación

### La comunicación importa desde antes de nacer

*Brenda Izuedth Lira Guevara*



## Introducción

La comunicación es la base de la convivencia humana e incluye todos los procesos mediante los cuales las personas se influyen entre sí. Es la matriz donde encajan todas las actividades humanas (Bateson y Ruesch, 1984 en Rizo, 2011). Qué mejor que desde antes de nacer nos rodee una comunicación que promueva nuestra buena convivencia con el mundo, porque los procesos comunicativos son el seno donde los seres humanos nos relacionamos (Bateson y Ruesch, 1984 en Rizo, 2011).

Este artículo aborda la comunicación entre el prestador de servicios y la usuaria, en el contexto de la atención de la salud materna en los modelos público y de partería tradicional y profesional, desde el supuesto de que la comunicación es un elemento clave para garantizar el respeto y el buen trato (Freyermuth y Meneses, 2017). Dicho abordaje se sirve de experiencias de mujeres y conceptos documentados en diversas investigaciones, incluidas las que se presentan en este libro. Se identifica así la comunicación propia de cada modelo de atención y se hacen recomendaciones para lograr que las usuarias sean protagonistas de la atención.

## La relación entre los nuevos modelos de comunicación y de atención de la salud materna

Cuando se habla de comunicación, la mayoría de las veces esta se asocia con los medios de comunicación (televisión, radio, diarios, medios electrónicos). Sin embargo, el individuo posee un medio mucho más potente para interactuar con los demás: la comunicación interpersonal, integrada por múltiples comportamientos (la palabra, el gesto, la mirada y el espacio), que no podría comprenderse fuera del contexto donde ocurre (Kaplún, 1998). De ahí que: a) “todo comunica”; es decir, que un mensaje no consiste solo en la información emitida, sino también en “cómo se expresa” y b) las características geográficas, sociales y culturales, así como las necesidades, intereses, gustos y emociones de los interlocutores, determinan la comunicación.

Mario Kaplún describe los medios de comunicación masiva como “dominadores” porque provienen de los grupos de poder, y son verticales y unilaterales (1998). Sin embargo, estas características no son exclusivas de los medios, lo son también de otros contextos, como los de la enseñanza, la atención de salud y otros, donde se busca “transferir conocimiento” sin considerar la comprensión, la reflexión, la aplicación y la valoración que las personas le dan a la información que reciben.

La comunicación educativa es una disciplina que propone modelos democráticos para compartir significados, afectar las emociones, suscitar la reflexión o la crítica y lograr un aprendizaje (Fontcuberta, 2001; Kaplún, 1998). Esta rama de la comunicación tiene similitudes con los nuevos modelos de atención de la salud materna, que incluyen una perspectiva intercultural y pretenden “cumplir estándares de calidad, brindar atención oportuna y con buen trato y fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y sus familias” (Freyermuth y Meneses, 2017). Estos nuevos modelos consideran la comunicación como un elemento clave de la atención.

### ***La comunicación en el modelo público de atención***

Diversas investigaciones han documentado las experiencias de las mujeres en el modelo público de atención de la salud (Freyermuth, 2015). En ellas se evidencia la satisfacción o la insatisfacción de las mujeres. A continuación se cita un ejemplo de la comunicación en la interacción prestador de servicio-usuaria, y se proponen alternativas que podrían mejorarla. Sonia llegó al hospital estando ya en labor de parto. En sus controles previos se le había pronosticado que su bebé nacería por cesárea, pero la médica que la atendió en ese momento le dijo que la cirugía era evitable. La manera en que se le comunicó la información ocasionó una mala experiencia para Sonia, como lo narró durante la entrevista:

◀ *Clase de*

*Psicoprofilaxis,*

CIMIGEN, 13 de mayo,

2016, Instalaciones

de CIMIGEN, CDMX.

“[La doctora dijo] la bebé va a nacer por parto natural porque yo soy muy chingona y yo puedo hacer la pericia de sacarla por vía vaginal, este [...] aunque tenga yo que meter mi mano y sí, yo puedo y no va a pasarle nada

y además ¿es usted tonta o qué?” me dijo, “¿no sabe usted que no le va a pasar nada aunque se [...] aunque se le enrolle el cordón?” y, bueno, realmente no creo que fuera para que me hablara así (Villanueva, 2015:25).

Esta interacción comunicativa se aborda desde la perspectiva de ambos interlocutores: por un lado está lo que la médica comunicó a Sonia (lo que la usuaria entendió), y por el otro está lo que la médica quiso comunicarle. Surgen así las siguientes preguntas: ¿Qué quiso comunicar la médica?, ¿querría inspirar seguridad y confianza a la paciente al afirmar que ella era capaz de lograr un parto natural sin necesidad de una intervención quirúrgica? Hay varios motivos por los que conviene analizar lo sucedido.

Llamarla “tonta” implica un mal trato que vulnera a la paciente e incrementa su tensión y su desconfianza, al vivir su labor de parto en medio de dos diagnósticos. Si la médica se hubiese comunicado con respeto (buen trato), pensando en la situación por la que la mujer atraviesa (contexto), si le hubiese explicado que la necesidad de hacer una cesárea se determina solo cuando se presentan complicaciones en el trabajo de parto (motivando así la reflexión y la comprensión) y si le hubiese preguntado cómo se habría sentido más segura (pensar y actuar desde el otro), esa experiencia pudo terminar en un parto satisfactorio. Si bien esta forma de comunicarse no es generalizada entre los prestadores de servicios del modelo público, ilustra cómo una acción comunicativa puede generar una experiencia negativa, aun si la práctica médica es adecuada.

En esta interacción se identifica una transmisión de información lineal, es decir, donde la médica, en cuanto emisora, anula el papel de la interlocutora, su paciente, en la comunicación. Un “mal comunicador” es aquel que lanza un mensaje sin tener en cuenta al destinatario, que considera lo que “quiere decir” y deja de lado “a quién se lo quiere decir”. El mensaje cae en un vacío y el interlocutor permanece indiferente en tanto que no hay preocupación por el efecto del mensaje, no se entabla un diálogo ni una relación con el interlocutor (Kaplún, 1998). Esto da lugar a que el otro se sienta agredido, independientemente del lenguaje que se emplee. De aquí la importancia de reconocer la tras-

cendencia de la comunicación interpersonal en la atención de salud materna. El prestador de la atención debe “ponerse en el lugar del otro”, reflexionar para cerciorarse de que se está comunicando correctamente y de que el mensaje está llegando de manera adecuada a la usuaria.

En algunos casos de atención de la salud, como la atención del parto con pertinencia cultural, la interacción con las usuarias es fundamental; de aquí que para mejorar la atención se recomiende preguntarles sobre sus costumbres y creencias, para entender su contexto e identificar si el mensaje tiene significado para ellas o no. Para que la atención pueda ser pertinente, quien la presta debe saber si ha de mirar a los ojos a las usuarias (según sus costumbres), debe explicarles los procedimientos de una manera sencilla, escucharlas pacientemente y respetar sus creencias (Freyermuth y Meneses, 2017:17).

### ***La comunicación en el modelo de partería profesional***

Los modelos de partería se basan en cinco principios, de los cuales dos: “La atención centrada en la mujer” y “La autonomía de la toma de decisiones de la mujer,”<sup>1</sup> aplicados a la comunicación, dan a la usuaria el lugar de protagonista de la interacción comunicativa. Lo que supone que las mujeres y sus familias puedan ser reflexivas, críticas y, por tanto, autónomas y creativas, y asuman de ese modo su papel activo en la comunicación y, en este caso, en su propia salud (Charles y Orozco, 1995; Servat, 2008). En la comunicación en la partería identificamos así la posibilidad de que la usuaria ejerza su autonomía en la toma de decisiones.

Hay diferencias significativas entre la comunicación en el modelo de partería profesional y en el de la atención pública. El hecho de centrar la atención en la usuaria y sus decisiones es una muestra de respeto. La comunicación y educación comparten el requisito del buen trato basado en la igualdad y el respeto (Lira, 2017). El reto de la comunicación en la atención materna está en nutrirla con el conocimiento del interlocutor.

<sup>1</sup> Véase el artículo: “Filosofía y principios de los modelos de atención de partería profesional. Panorama internacional” (capítulo vinculación).



Esto implica recoger sus experiencias (necesidades, creencias, intereses, motivaciones, gustos), ordenarlas para emitir mensajes “pensados desde el otro”, y lograr así que el interlocutor se sienta aludido y pueda apropiarse del proceso de comunicación. De ese modo puede reflexionar, analizar, discutir y emitir un juicio (Kaplún, 1998). La personalización en el modelo de partería profesional favorece la comunicación, puesto que permite conocer mejor el contexto de la mujer, a diferencia del servicio público, donde la sobredemanda genera relaciones efímeras y distantes.

## La comunicación en el modelo de partería tradicional

La atención de la partera tradicional sigue vigente en México, principalmente en las zonas rurales o indígenas de los estados de Chiapas, Veracruz, Puebla, Tabasco, Guerrero y el Estado de México (Berrío, 2015). Las usuarias de este modelo recurren a él por ser el único disponible en sus comunidades, o porque les inspira más confianza, dada su mayor cercanía cultural en comparación con otros modelos de atención (Berrío, 2015). Si bien la partería profesional comparte características con la partería tradicional, en esta última prevalecen la identidad cultural y la igualdad. Usuaris oaxaqueñas de este servicio confirman en entrevistas que uno de los aspectos positivos del modelo es “la confianza que las parteras les inspiran” (Ramírez, 2017).<sup>2</sup> Diversos estudios<sup>3</sup> han destacado el acompañamiento de las parteras durante el embarazo, el parto y el posparto, en lo que respecta a la atención, los cuidados y el apoyo emocional.

La relación de la partera tradicional y la usuaria responde a modelos de comunicación democrática, en donde el diálogo es horizontal y participativo (Kaplún, 1998). En este modelo todos los involucrados tienen

<sup>2</sup> Véase el artículo: “El parto en modelo público institucional y con partera tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño” (Capítulo investigación).

<sup>3</sup> Véase el artículo: “Retos y oportunidades en el acceso a la salud materna de calidad: el papel de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas” (Capítulo investigación).

idéntica importancia y el emisor no es dueño del mensaje, a diferencia de la atención pública. La confianza de las usuarias responde a la horizontalidad en los papeles de una y otra. Las parteras tradicionales tienen, así, una relación “de igual a igual” con las usuarias, conocen su contexto, hablan el mismo idioma e identifican sus creencias, que pueden compartirlas o no, pero las respetan. La incorporación de la familia en la atención implica una comunicación más participativa. La comunicación de la partera es eficaz porque está en sintonía con sus receptores y es capaz de conectarse con ellos. “Solo se puede comunicar a través de un conocimiento profundo del receptor” (Ferrés, 2000:4).

En este modelo prevalece la decisión de la mujer sobre la posición en que desea parir, lo que no sucede en la mayoría de los servicios de atención pública o privada. Al vivir sus experiencias desde su contexto, el individuo se siente protagonista de “su propia vida según los intereses y tendencias”. Si, en cambio, no tiene más opción que hacer lo que se le dice, queda marginado, frustrado y afectado en su “perfeccionamiento como ser humano” (Servat, 2008:16).

## Conclusiones

La atención a la salud implica comunicación. De la habilidad del prestador de servicios para comunicarse con las usuarias depende la satisfacción. Las deficiencias al respecto pueden ser, en cambio, tan traumáticas para ellas como las negligencias médicas. Las usuarias optan por el modelo de la partería –aun teniendo derecho a la atención de las instituciones públicas de salud– porque ahí la comunicación se basa en la confianza y su protagonismo es respetado (Uicab y Juárez, 2017).<sup>4</sup> Por ello es necesario establecer una buena comunicación (saber escuchar y entender a las usuarias) en la atención de la salud materna; cambiar de paradigma en la comunicación entre el prestador del servicio y la paciente, quien lejos de ser una actora “pasiva” y “receptiva”, es protagonista del

<sup>4</sup> Véase el artículo: “Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional” (Capítulo investigación).

cuidado de su salud. La comunicación educativa busca “una reivindicación de los sectores dominados” (Kaplún 1998:63) que han sido excluidos por mucho tiempo. Reivindicación que persiguen también los nuevos modelos de atención de la salud materna para lograr un parto respetado.

## Recomendaciones

Las principales características del proceso comunicativo que los prestadores de servicios de salud deben tomar en cuenta son:

- Se trata de un intercambio entre interlocutores, por lo que no es unidireccional.
- Los papeles de los interlocutores son cambiantes y complementarios, al ponerse uno en el lugar del otro.
- El mensaje se entiende solo si se adapta al contexto del “otro”.
- El significado del mensaje depende de la relación entre los interlocutores.

## 4.1 Parteras de Hoy: una campaña sobre la partería en México

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE



Después de un gran embarazo,  
viene un gran parto  
(Una **partera** sabe cómo lograrlo)

La partería es una práctica segura,  
cálida y amable.

Parteras  
de hoy 

**Antes de decidir, infórmate.**

[www.parterasdehoy.org](http://www.parterasdehoy.org)

#ParterasDeHoy

## Introducción

El Estado mexicano se obliga a garantizar los derechos humanos a la salud, la libertad, la vida, la integridad personal, la igualdad y la no discriminación, la información y la vida privada de las mujeres con el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva de calidad, en condiciones seguras, entre otros medios. Con relación a este deber, y sobre la base del derecho al trabajo y a la libre elección de profesión u oficio, las parteras deben ser reconocidas como mujeres trabajadoras del campo de la salud. Sin embargo, el papel de la partería en nuestro país sigue teniendo un estatuto ambiguo.

En este escenario se lanzó la Campaña Parteras de Hoy, en mayo de 2017, para generar discusiones sobre la partería y hacer llegar a las mujeres información precisa y fidedigna sobre el continuo de la atención que ofrece. La campaña tuvo como eslogan: “Hoy un parto seguro, cálido y confiable es posible. Una partera sabe cómo lograrlo”.

## Partería y salud reproductiva

Se estima que para 2030 habrá en México 3.1 millones de embarazos (UNFPA/CIM/OMS, 2014). Para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos, el Estado mexicano debe proveer una atención en salud aceptable, accesible y de calidad. El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que México firmó en 1990, incluye la reducción en 75 por ciento de la razón de mortalidad materna (RMM), y el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.

En México, la partería es reconocida como una profesión que promueve el acceso a los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (UNFPA/CIM/OMS, 2014). Las parteras tienen un papel preponderante como prestadoras de estos servicios en contextos sociales en que el acceso inmediato a las instituciones de salud es limitado, o en contextos interculturales donde las parteras han tenido históricamente el papel central de agentes del cuidado de la salud de las mujeres.

Las mujeres embarazadas no siempre pueden elegir libremente entre las distintas opciones disponibles para la atención del parto. El Grupo de

Trabajo sobre la Discriminación contra la Mujer en la Legislación y en la Práctica ha expresado su preocupación por los casos en que la excesiva medicalización del parto puede representar un obstáculo para la prestación de servicios alternativos adecuados y competentes, tales como los de las parteras. Ha recomendado, además, reglamentar los servicios de atención a la maternidad para asegurar que se respete la autonomía, la intimidad y la dignidad de la mujer, así como su libertad de elección con relación al parto en casa, siempre y cuando no haya contraindicaciones médicas (ONU, 2016). La atención de las parteras suele ser menos medicalizada que la atención de la medicina institucional, y debería ser una opción viable para las mujeres que tienen embarazos de bajo riesgo.

## La partería en México

El artículo 5º constitucional reconoce la libertad de las personas para dedicarse “a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos”. Para ejercer la libertad profesional, la legislación de cada estado determina en qué profesiones se necesita un título, los requisitos para obtenerlo y las autoridades que lo expiden.

Nueve legislaciones locales incluyen actualmente el trabajo de las parteras entre las profesiones para las que se expiden títulos y cédulas profesionales para su ejercicio. Pero las versiones varían. En los estados de Aguascalientes, Campeche y Guanajuato se establece que para ejercer la profesión de “salud pública” se requiere título y cédula profesionales. En los estados de Tamaulipas, Nuevo León, Colima y Baja California se señala que la profesión de “Médico Cirujano Partero” exige título y cédula profesionales para su ejercicio. Solamente en las legislaciones de la Ciudad de México y Sinaloa se hace referencia explícita a la profesión de partera como una de las que exigen título y cédula profesionales para su ejercicio.

El artículo 64, fracción IV, de la *Ley general de salud* reconoce, por su lado, a las parteras tradicionales como personal médico no especializado con la capacidad de atender el embarazo, el parto y el puerperio. Y establece la obligación de las autoridades sanitarias de capacitarlas para

fortalecer su competencia técnica, como requisito de la organización y la operación de los servicios de salud para la atención materno-infantil. Sin embargo, solo en Colima, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco y Tlaxcala, la ley de salud hace referencia al papel de la partería en la prestación de los servicios de salud, lo que no supone el reconocimiento formal de la práctica de la partería como elemento del sistema de salud en cada entidad. Las legislaciones de Colima, Morelos y Nayarit establecen, en cambio, la obligación de las autoridades sanitarias correspondientes de capacitar a las parteras tradicionales.

## Las parteras de hoy

El 5 de mayo de 2017, Día Internacional de la Partera, el GIRE presentó la Campaña Parteras de Hoy para informar a las mujeres sobre los servicios de atención del ciclo reproductivo que ofrecen las parteras calificadas del país. Estos servicios incluyen la atención del recién nacido y puede extenderse a los cuidados de la mujer después de la edad reproductiva.

En la construcción de la campaña digital intervinieron académicas versadas en el tema, parteras tradicionales, parteras profesionales, enfermeras obstétricas y defensoras de los derechos humanos. Con el apoyo de la Fundación MacArthur, más de veinte organizaciones<sup>5</sup> que se dedican a la práctica, la difusión y la enseñanza de la partería para la atención de la salud materna de calidad en México trabajaron intensamente en diversos ejercicios y sesiones grupales para encontrar concep-

<sup>5</sup> Parteras de Hoy es una iniciativa donde participan: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE); Asociación Mexicana de Partería (AMP); Investigación en Salud y Demografía (Insad); Fundar Centro de Análisis e Investigación; Casa; Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios de Nacimiento (CIMIGEN); Comunidad Raíz Zubia; Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Alumbra; Sakil Nichim; Osa Mayor; Parteras Tradicionales Unidas; Centro de Investigación en Salud de Comitán (CISC); Embajada de Suecia; Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB); Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL); Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Mujeres Aliadas; Luna Maya; Population Council; Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP); Semillas.

tos comunes. Se hizo también una investigación cualitativa sobre la percepción de la partería entre las mujeres; los resultados fueron que, en general, esta opción de atención del parto se ve como algo lejano, en desuso, tradicional. Sin embargo, al presentarles información precisa, sencilla y actual, estas mismas mujeres identificaron ventanas de oportunidad para acercar la partería a más mujeres.

Los mensajes de la Campaña Parteras de Hoy subrayan que según los estándares internacionales,<sup>6</sup> una partera está capacitada para diagnosticar y ofrecer el manejo inicial de complicaciones obstétricas y neonatales, y referir oportunamente dichos casos para su manejo por médicos especialistas. En México, sin embargo, predomina la idea de que las parteras atienden a mujeres de nivel socioeconómico bajo que no tienen una mejor opción de atención.

Un objetivo central de la campaña es acabar con los mitos sobre la partería que prevalecen en nuestra sociedad, y demostrar que se trata de una profesión arraigada en nuestra cultura, que se ha adaptado al crecimiento de la sociedad y a la urbanización en todo el mundo. Es decir, que conjunta tradición y actualidad, como lo reflejan los distintos tipos de formación existentes: la herencia cultural, la escuela de parteras y la especialidad en enfermería. Todas las parteras comparten el objetivo de brindar a las mujeres servicios de atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó la importancia de los servicios de partería para reducir de manera significativa la violencia obstétrica, así como la mortalidad materna y neonatal.

La información de la Campaña Parteras de Hoy se difunde en la página web <<https://www.parterasdehoy.org/>>, y en la cuenta del mismo nombre en *Facebook*, entre otros medios –como autobuses y bardas– para que las mujeres conozcan una alternativa de atención profesional y personalizada para el embarazo y el parto. La campaña busca brindar información a toda persona interesada en conocer una vía de acompañamiento profesional y personalizado para un embarazo y un parto cálido, seguro y confiable.

<sup>6</sup> Véase Serie dedicada a la Partería de Lancet (2014).



## Conclusiones

El ejercicio de la partería se asocia con la protección de los derechos humanos de las mujeres (UNFPA/CIM/OMS, 2014), particularmente del derecho al estándar más alto de atención de la salud reproductiva. La partería representa una oportunidad de recibir atención segura y de calidad, sin la imposición de procedimientos médicos o quirúrgicos innecesarios que podrían afectar la salud física o psicológica de la madre o el neonato.

Las organizaciones participantes en la Campaña Parteras de Hoy reconocen que hay muchos pendientes sobre el tema. De la revisión de la legislación en materia del ejercicio de profesiones en México, realizado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C., se puede concluir que –al menos hasta marzo de 2017– no hay un consenso nacional respecto del reconocimiento de la partería como una profesión avalada por una instancia que emita un título y una cédula oficiales para su ejercicio. Entre las obligaciones estatales de garantizar el derecho a la salud reproductiva para las mujeres, con una perspectiva intercultural, está, así, la adecuación del marco jurídico –y su difusión– para dar certeza a las parteras mediante su reconocimiento expreso como profesionales de la salud, a fin de que las mujeres puedan conocer todas las opciones disponibles para atender su ciclo reproductivo.

En la misma línea, la promoción y difusión de la partería como un modelo lícito y seguro de atención del embarazo y el parto va a permitir a las proveedoras de estos servicios conocer el marco jurídico que rige su práctica, e informarse de la obligación de titularse, certificarse o registrarse, según la entidad federativa en la que ejerzan su profesión. Finalmente, el que se deban cumplir estándares de calidad en la atención dará certeza a las mujeres.

## 4.2 Parto seguro y de confianza. Propuesta de una campaña de comunicación y educación para las usuarias de los servicios públicos de salud

*Brenda Izuedth Lira Guevara*  
*Graciela Freyermuth Enciso*



## Introducción

Este artículo aborda la propuesta de la campaña de comunicación y educación (Educomunicación) mediática 'Exige un parto seguro y de confianza ¡para lograr la atención que tú quieres!', cuyo propósito es informar a las mujeres de los sectores vulnerables de México acerca de sus derechos y cuál es la atención que ellas y sus familias deben recibir del sistema de salud público durante el embarazo, el parto y el posparto, y persuadirlas para que actúen en consecuencia.

Esta campaña se propone en el marco de la investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarías (Freyermuth, 2015), en la que se entrevistó a 413 usuarias de seis modelos de atención del parto: el institucional público, el institucional privado, el de las parteras profesionales o las enfermeras obstétricas, el de las parteras tradicionales, el parto en casa atendido por familiares o por la propia mujer y el parto en alguna otra modalidad.<sup>7</sup> Este estudio documentó que la mayoría de las mujeres –en los distintos modelos– buscan una atención con tres características: seguridad, confianza y satisfacción. Sin embargo, el servicio público es el que presenta más barreras para que esto sea posible.

Este proyecto se propone también informar a los tomadores de decisiones de instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Federación Mexicana de Colegios de Ginecología y Obstetricia (Femecog), y persuadirlos para que tomen acciones frente a quienes impidan la atención de partos con las características mencionadas.

## Justificación

Uno de los grandes retos de México es reducir las desigualdades en salud materna e infantil, por lo que se han emprendido múltiples acciones para su mejora, tales como la emisión de leyes, normas, planes y programas encaminados a incrementar la calidad de la atención y ampliar el acceso

<sup>7</sup> Que podría ser una combinación de varios modelos.

a los servicios de salud de las mujeres más vulnerables. Sin embargo, el hecho de que 85 por ciento de la población cuente con un seguro médico –a través de la seguridad social o el Seguro Popular– no es suficiente para satisfacer las necesidades de las mujeres.

El estudio *La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarías* (Freyermuth, 2015) da cuenta de las siguientes prácticas médicas realizadas a mujeres que acudieron a consulta prenatal en los servicios públicos: a una de cada 10 mujeres no se le hicieron exámenes de sangre ni de orina; para dos de cada 10 mujeres las explicaciones del prestador de servicios no fueron comprensibles y no pudieron hacer preguntas sobre las indicaciones; tres de cada 10 mujeres no se sintieron seguras ni satisfechas con la atención recibida, y tres de cada 10 se sintieron humilladas, maltratadas y regañadas. Las mujeres también mencionaron las prácticas que más valoraron de los prestadores de servicios durante la atención prenatal.

Aunque diversas campañas de comunicación promueven la partería en México, es necesario crear estrategias que contribuyan a empoderar a las mujeres para que hagan valer su derecho a un parto respetado en cualquier ámbito de la salud, particularmente en los servicios que están en su alcance, que para la mayoría son los que brinda el sistema de salud público. Los prestadores de servicios, por su parte, también deben estar informados y capacitados sobre la seguridad, confianza y satisfacción de las usuarias durante el parto y entender que su papel es clave para garantizar esta atención.

## **Propuesta de una campaña de comunicación y educación: la audiencia como protagonista de la comunicación**

La propuesta consiste en desarrollar una estrategia de educomunicación para: informar (la audiencia recibe la información), educar (la audiencia comprende) y persuadir (la audiencia actúa) (Calderón, 2012) con respecto a una problemática que las afecta. Esta estrategia intenta lograr un cambio de comportamiento o actitud en la población afectada (Calderón,

2012). El contenido se produce “pensando” en la audiencia (poniéndose en sus zapatos) para saber cuáles son las motivaciones, necesidades, emociones e intereses que contribuyen al cambio que se quiere lograr; es decir, el otro es reconocido como interlocutor en el proceso comunicativo; es, de hecho, el centro de la comunicación (Lira, 2017).

El objetivo se cumple, así, cuando quien recibe el mensaje se movilizan interiormente, cuestiona, genera un diálogo, participa y alimenta un proceso de toma de conciencia (Kaplún, 1998). En este caso, la campaña mediática sobre el embarazo, el parto y el posparto seguros, y de confianza no se queda solo en que las usuarias reciban la información. Se busca que el contenido contribuya a su educación sobre sus derechos y sobre la atención que deben recibir, para así lograr que actúen en consecuencia frente a prácticas médicas que violenten su experiencia materna.

En cuanto a la incidencia en los tomadores de decisiones con el propósito de lograr cambios en la prestación de los servicios (para que sean más seguros y de confianza), la continuidad en la contratación de parteras profesionales, así como la vinculación de dichos servicios con la partería tradicional, en el afán de ampliar las opciones que garanticen el derecho de las mujeres a decidir, son estrategias complementarias fundamentales para el ejercicio de los derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud.

### ***Actividades de la campaña***

Las estrategias educomunicacionales se centran en la audiencia (Kaplún, 1998); la mujer es protagonista del proceso de atención de la salud para que esta sea, entonces, culturalmente pertinente.<sup>8</sup> De esta manera, las actividades se planifican pensando en lo que la audiencia necesita, y no en lo que se les quiere decir o en lo que se cree necesario comunicarles

<sup>8</sup> La pertinencia cultural es un elemento del parto humanizado que si bien surge para garantizar el servicio de salud de las mujeres indígenas, debería garantizarse en la atención a toda mujer. “Se considera pertinente lo que corresponde a, o que viene a propósito de, las necesidades o los intereses de las mujeres con relación a la atención del parto” (Freyermuth y Meneses, 2017).

(Kaplún, 1998). Para ello, en la primera etapa de la campaña se realizó un acercamiento a la audiencia para entender sus necesidades y sus motivaciones. Esta tarea se hizo durante la investigación, de modo que los insumos que son la base de la campaña surgen de la experiencia de las mujeres. Con los resultados de este estudio se cumple el primer paso de la estrategia.

La difusión de los productos comunicacionales se servirá de una estrategia de publicación de “efecto ola”; es decir, que permanecerá a lo largo de un tiempo dado, con crestas o picos eventuales que pongan nuevamente el foco en el tema.

Con base en lo anterior, la propuesta de la campaña consta de las siguientes etapas: planificación, producción, incidencia, precampaña, ejecución y difusión, y finalmente, evaluación.

## Planificación

Esta etapa consiste en seleccionar el contenido informativo y definir los elementos comunicacionales y los recursos humanos necesarios para desarrollar las estrategias de la campaña:

- Los elementos clave del contenido de la campaña, tales como el eslogan, los mensajes y el guion de los productos audiovisuales se definen a partir del análisis de los resultados de la investigación.
- Las plataformas y los medios de comunicación, así como los programas específicos que forman parte del consumo mediático de la audiencia (IEMD, Ca. 2017), se identifican en el plan de gestión de medios.
- La radio es el principal medio de difusión de la campaña, pues nuestra audiencia (las mujeres de los sectores vulnerables y sus familias) representa 58 por ciento de los consumidores de la programación radial a nivel nacional (González, 2017).
- Un mapeo de los actores relevantes que influyen en la toma de decisiones y que pueden fortalecer la campaña será una de las acciones para incidir en los representantes de las instituciones

de salud y derechos humanos que se relacionan con la garantía del parto seguro y de confianza.

- La toma de decisiones considera el acercamiento de otras organizaciones que abordan la salud materna en México, como Gynuity Health Projects, MetGroup, Gire y The Global Respectful Maternity Care Council.

## ***Producción***

En esta etapa se elaborarán los productos comunicacionales de la campaña, lo que consiste en:

- Grabar, editar y producir *spots*, cápsulas de radio y podcast, así como videos que se difundan en las redes sociales. Además de la producción creativa (realizada durante la etapa de planificación: mensajes clave, guion, entre otros) y técnica.
- Traducir los *spots* a lenguas originarias. La producción abarca así la traducción de los guiones y la selección de voces (femeninas y masculinas, debido a que la estrategia se dirige a las usuarias y sus familias).
- Dar continuidad a un plan de reportajes, entrevistas y participación en programas de radio y televisión.
- Crear un apartado de partería en el sitio web del Observatorio de la Mortalidad Materna (OMM) y publicar los acuerdos logrados en la incidencia con los tomadores de decisiones, y darles seguimiento.

## ***Incidencia***

Esta etapa consiste en desarrollar estrategias para lograr compromisos con tomadores de decisiones que favorezcan la calidad de la atención en salud materna. Entre estas estrategias está:

- Organizar reuniones con:
  - › Actores relevantes de organismos estatales y nacionales que favorezcan el cumplimiento de los objetivos de la campaña, a fin de incidir en representantes de la CNDH, la Conamed y la Femecog, para que se involucren en la campaña y desde sus campos de acción garanticen el parto seguro y satisfactorio.
  - › Representantes de los medios de comunicación para establecer acuerdos o convenios para la publicación de spots y cápsulas de la campaña.
- Incidir en representantes del IMSS-Prospera, el Centro Nacional de Equidad y Género, el Sistema de Protección en Salud y los Institutos de Mujeres para lograr la sostenibilidad y la continuidad del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) en lo que concierne a la contratación de parteras.
- Propiciar el acercamiento con otras organizaciones, como el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, para la traducción del material.

### ***Precampaña***

La publicación de reportajes relacionados con los resultados de la investigación se gestionará con medios de comunicación y periodistas clave a nivel estatal y nacional. Esta etapa forma parte de la estrategia “efecto ola”; se busca posicionar el tema entre los medios de comunicación, antes de lanzar la campaña.

### **Ejecución y difusión**

De acuerdo con el contenido y en el marco de la estrategia “efecto ola”, la información se presentará de manera gradual:



- Se abordará primero el tema de la confianza que deben sentir las mujeres en su atención; después la seguridad, y por último la satisfacción.
- Se trabajará con los medios locales de las áreas geográficas de hospitales y jurisdicciones donde se implementen proyectos de partería con enfoque de derechos humanos y pertinencia cultural. De esta manera se busca que la campaña contribuya al trabajo de otras organizaciones.

## ***Evaluación***

Para evaluar la campaña se hará un monitoreo de los medios alcanzados, el número de publicaciones de *spots*, cápsulas en radio y apariciones de reportajes y entrevistas en medios de comunicación, así como de la cantidad de visitas y movilización alcanzadas en las redes sociales y en el apartado del sitio web del OMM.

## **Resultados esperados** ***Resultados cualitativos***

Se espera contribuir a que las usuarias de los servicios de salud públicos y sus familias estén informadas, comprendan sus derechos y el trato que deben recibir en la atención del embarazo, el parto y el posparto, y los hagan valer. Que comprendan que brindar una atención de la salud materna segura y de confianza es un deber del sistema de salud, que hay normas que respaldan este derecho, y que se sientan empoderadas para exigirlo. Se pretende, además, que este aprendizaje sea compartible en su círculo cercano y en su comunidad.

Se espera, asimismo, que la CNDH, la Conamed y la Femecog incrementen su responsabilidad y sus acciones para señalar las prácticas que impiden la atención del parto humanizado.

## ***Resultados cuantitativos***

Los resultados cuantitativos dependen del registro de la audiencia de cada medio de comunicación.

## **Conclusiones**

Con esta propuesta se busca instalar estrategias de educomunicación a partir de los resultados de investigación, haciendo protagonista a la población que fue objeto de estudio –usuarias de los servicios de salud públicos– y poniéndola en el centro de la comunicación, no solo para que esté informada, sino para que adquiriera un conocimiento y actúe en consecuencia frente a una problemática que la afecta. Estas estrategias implican: un acercamiento con los medios de comunicación, consolidar acuerdos que garanticen la publicación del contenido entregado y hacer planes de seguimiento y continuidad. Una campaña semejante permite sumar fuerzas con otras organizaciones que abordan el mismo tema, buscando mensajes en común que promuevan y difundan el trabajo colaborativo.

Propiciando la participación de actores con los que no se ha trabajado directamente en el tema de la calidad de los servicios de atención de la salud materna, como la Femecog, la Conamed, la CNDH e Institutos de las Mujeres, se puede lograr un mayor impulso de la estrategia comunicativa y la mejora de los servicios públicos. Es un capítulo novedoso que implica un aprendizaje en la interlocución y la incidencia política.



## 4.3 La voz de las parteras. El compartir sabiduría a través de la radio, en Chiapas

*Carmelita Herrera Torres*  
*José Francisco Hernández Ruiz*  
*Juan Sántiz Girón*



## Introducción

Poner la voz de las parteras en su propia lengua en la radio es una estrategia que responde a las necesidades de las comunidades, y contribuye a la educación a distancia sobre el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido. El programa colabora, así, a afrontar uno de los retos de la salud pública: llevar información de la salud y la enfermedad a mujeres embarazadas que viven en comunidades vulnerables o en zonas de riesgo. Este es el primer programa de radio en Chiapas en que las parteras tradicionales participan como locutoras, comparten su experiencia, ofrecen consejos a otras parteras, a familiares y al público en general; reciben comentarios y sugerencias e informan a otras parteras que tienen como aliadas.

Al informar a las parteras tradicionales, a las mujeres y a las familias, de los riesgos del ciclo reproductivo de la mujer y de la necesidad de vigilar el proceso de gestación, este proyecto pretende disminuir la morbimortalidad materna en la región. El programa es así un recurso de concientización para las parteras y las comunidades y también para el gremio médico, pues hace patente que las parteras son sus aliadas y que es hora de integrarlas al equipo de atención de la salud (Cabrera y otros, 2002; Prieto y otros, 2008).

Este artículo describe y analiza los efectos de la radio comunitaria en dos regiones de Chiapas, para informar, actualizar, concientizar y fortalecer a las personas que ejercen la partería en cuanto comunicadoras, orientadoras, consejeras y cuidadoras de la salud materna y del recién nacido.

## Justificación

En los Altos de Chiapas y la zona fronteriza (mapa 1.4.3) viven 1 528 parteras, de las cuales 764 han recibido alguna capacitación. Las parteras rurales monolingües que viven en situación de pobreza y marginación están muchas veces alejadas de los servicios de salud y capacitación, lo que afecta a las mujeres embarazadas que son atendidas en su comunidad. Y no se vislumbran estrategias en el corto plazo para remediar esta desventajosa situación.

Hay otros motivos por los que muchas parteras de las comunidades no reciben capacitación. Por ejemplo, la comunidad decide a quién darle reconocimiento, y no todas gozan de este beneficio. También las instituciones de salud determinan el número de parteras que pueden asistir a los cursos, que por lo general son dos por comunidad. El motivo es el bajo o nulo presupuesto del programa de parteras tradicionales. De ahí que las parteras se dividan en dos grupos: a) las urbanas, que son convocadas con frecuencia a las reuniones de capacitación, y b) las rurales, que suelen ser indígenas, a las que invitan con menos frecuencia a participar en reuniones informativas, y frecuentemente una vez concluido el curso de capacitación.

Las estrategias de capacitación consideran poco el analfabetismo y el monolingüismo de las parteras (García y otros, 1993); estas limitantes pueden ser remontadas al utilizar los medios de comunicación masiva, como la radio (Beltrán, 2000), que permite llegar a las mujeres con estas características. En Chiapas, ellas acostumbran sintonizar programas de radio mientras hacen sus quehaceres domésticos o en su escaso tiempo libre. Desde hace más de 40 años la radio comunitaria juega un papel preponderante en las comunidades de Chiapas de gran marginación y bajo desarrollo humano, sobre todo los programas de la pastoral y el Instituto Nacional Indigenista (ahora CDI), que fueron concebidos para divulgar técnicas agropecuarias, de la salud y de promoción cultural; temas que aún aborda la radio indigenista del siglo XXI.

## **Desarrollo (material y métodos)**

### ***Primera etapa***

◀ *Visita de grabación del programa de Radio con parteras de la Casa Materna de Muquenal, Carmelita Herrera Torres, mayo 2016, Muquenal, Chilón, Chiapas.*

De 2009 a 2010 se implementó el proyecto De Partera a Partera. Compartiendo Sabiduría para pasarlo en la radio La Voz de la Frontera Sur (XEVRFS), que se transmite con una potencia de 10 000 watts a más de 3 000 localidades predominantemente indígenas en Chiapas, y también a comunidades en Guatemala. La Radiodifusora depende de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), ubicada en el municipio de Las Margaritas, en Chiapas.



**MAPA 1.4.3.** Sitio de estudio. REGIÓN FRONTERIZA Y ALTOS DE CHIAPAS, MÉXICO.  
Elaboración propia: Juan Sántiz Girón.

## ***Segunda etapa***

De 2014 a 2017 el proyecto se implementó en Radio Uno, que transmite con 5 000 watts de potencia, con cobertura en tres regiones con presencia indígena. Esta radiodifusora pertenece al Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía del gobierno del estado. El proyecto se coordinó con la Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH), el Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas (Celali), los hospitales de Las Marga-

ritas y Comitán y el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, así como con la ONG Salud y Mujer Chiapaneca A. C. (Casa de la Partera).

Integraron el equipo una coordinadora, parteras capacitadas y facilitadores del área de la salud. La transmisión se hizo en español y en lenguas indígenas. Con la asesoría del personal de la radio, se fijó el tiempo de intervención de cada participante. A través de este medio, las parteras pudieron comunicar su experiencia y sus recomendaciones, lo que las hizo sentirse orgullosas de su quehacer y reconocidas por sus familiares, sus comunidades y la sociedad en general.

El proyecto abarcó diversos temas: el proceso gestacional, el embarazo, el recién nacido en condiciones de normalidad y con complicaciones, vacunación, lactancia materna, estimulación temprana, planificación familiar, enfermedades emergentes y reemergentes (como la enfermedad por el virus del Zika), entre otros.

La evaluación del proyecto se hizo:

- En cabina, donde se dispuso de un teléfono fijo y uno móvil para mensajes, correo electrónico, enlace por internet al programa y una página en *Facebook*.
- En campo, donde se hicieron entrevistas a profundidad a parteras tradicionales de áreas urbanas, rurales y rurales indígenas.

## Resultados

Para medir los efectos del programa, se elaboró una matriz de pros y contras con la participación del público, mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto. En el programa, transmitido por la radiodifusora La Voz de la Frontera Sur, 97.2 por ciento de los mensajes fue a favor de la transmisión del programa, y 2.8 por ciento, parcialmente favorable, por considerar que el programa duraba muy poco tiempo y no abordaba temas de salud del hombre. De acuerdo con los resultados obtenidos en Radio Uno, 87.9 por ciento estuvo a favor y 12.1 por ciento parcialmente a favor del programa, porque se transmitió en domingo, cuando el personal de salud no labora.



Los temas de las llamadas telefónicas se clasificaron en las siguientes categorías:

- Aborto espontáneo (35 por ciento).
- Sangrado (33 por ciento).
- Infecciones en el puerperio (13 por ciento).
- Complicaciones del embarazo (11 por ciento).
- Eclampsia en el embarazo (8 por ciento).

La plataforma del programa en *Facebook* permitió mostrar fotografías y videos, y leer comentarios. El público manifestó que el programa era una excelente estrategia de capacitación.

## Entrevistas a profundidad

En las entrevistas a profundidad, las parteras indicaron que el programa contribuye a su conocimiento; se sienten acompañadas; les da reconocimiento y respeto, y aumenta la confianza de las familias, las autoridades y los transportistas (en el transporte público se comienza a ofrecer un mejor servicio a las mujeres embarazadas: los choferes las esperan para que suban y bajen sin el riesgo de sufrir un accidente). Indicaron que aunque no las conozcan en persona, al oír las en la radio, las mujeres y sus familias adquieren mayor confianza y seguridad porque saben que están relacionadas con los hospitales. Cuando las oyen, le piden a la familia que ponga atención y siguen las recomendaciones.

Las parteras entrevistadas, que por vivir lejos no participan como locutoras en el programa, indicaron que el personal de salud las anima a oír el programa y a llamar por teléfono o a enviar mensajes para ser parte de él, ya que está abierto para todas las parteras. El personal de salud de zonas marginadas considera el programa de radio como un enlace entre las parteras tradicionales de las microrregiones, y la población y las instituciones. A continuación se citan algunas declaraciones de las parteras radioescuchas:

Fui a buscar a mi doctor, a mi capacitador le dije: escuché su voz y la de mis compañeras, me puse a llorar de emoción. Le dije: ¿hasta dónde hemos llegado?, antes nadie nos tomaba en cuenta y ahora hasta en la radio, valemos mucho.<sup>9</sup>

Ya sé que va a pasar el programa y prendo mi radio y siempre llamo para animar a mis compañeras y felicitarlas.<sup>10</sup>

Estaba en la camioneta de pasaje y empezó el programa. Hablaban de la retención de placenta. Unos señores dijeron: así le pasó a una señora de mi comunidad, qué bueno que están hablando. Todos ponían atención. Me sentí muy emocionada y como me conocen bien por estos rumbos, les dije: son mis compañeras parteras.<sup>11</sup>

Nos informó el enfermero que prendiéramos nuestro radio para oír el programa de radio con las parteras. Estoy pendiente de la hora, porque es como un curso.<sup>12</sup>

## Discusión y conclusiones

Las parteras han sido por siglos una opción para brindar atención a las mujeres indígenas y mestizas tanto en comunidades marginadas y de bajo desarrollo humano, como en la periferia de las ciudades. Como se comentó al principio de este artículo, poner su voz en la radio es una estrategia que responde a las necesidades de las comunidades porque conocen su cultura. Es decir, porque entienden sus condiciones de vida y las contradicciones de su entorno social (Mosquera, 2003), y sus prác-

<sup>9</sup> Mujer 64 años, entrevista, partera tradicional, radioescucha, 2010, 11 de junio, Comitán, Chiapas.

<sup>10</sup> Mujer 71 años, entrevista, partera tradicional, participante del programa y radioescucha, 2012, 17 de mayo, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

<sup>11</sup> Mujer 62 años, entrevista, partera tradicional, radioescucha, 2010, 20 de agosto, Las Margaritas, Chiapas.

<sup>12</sup> Mujer 47 años, entrevista, partera tradicional, radioescucha, 2015, 9 de febrero, Guadalupe Bacja, Oxchuc, Chiapas.

ticas responden a su orden simbólico y a sus normas de organización social. La trasmisión de información en lenguas indígenas y en español propicia la modificación de conductas en el proceso de gestación, contribuye a disminuir prácticas de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio, y fomenta la búsqueda de atención en las instituciones de salud en el momento oportuno.

Puesto que cada espacio informativo educativo y de opinión transmite un saber a los escuchas (Gumucio, 2001a), el programa de radio es una plataforma para la concientización y la actualización de las comunidades en temas de salud materna e infantil, y da a las parteras que no suelen acudir a cursos de capacitación la oportunidad de seguir formándose. Las parteras que llaman al programa para plantear sus preguntas han enriquecido, por su parte, la experiencia de las conductoras. El programa le ha dado un espacio a un grupo poco reconocido en los medios de comunicación; es decir, ha democratizado la palabra, para lograr justicia y equidad (Gumucio, 2001). La voz de las parteras tradicionales comentando temas de actualidad invita a las mujeres a que acudan oportunamente a la unidad de salud (García, 2002). Es decir, al informar a las parteras tradicionales, a las mujeres y a las familias, de los riesgos del ciclo reproductivo de la mujer, y de la falta de atención del proceso de gestación, el programa contribuye a disminuir la morbi-mortalidad materna.

## Agradecimientos

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a los parteros y las parteras de la región fronteriza y de los Altos de Chiapas, así como al personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria III, Región Fronteriza. Especialmente al doctor Raúl Luis Barragán Cruz y a las licenciadas en enfermería Josefa Sánchez Pérez y Soledad Lara Hurtado, por coordinar y operar el programa en la Frontera Sur, así como a las doctoras Araceli Ramos Juárez y Mercedes Idania Gutiérrez Gómez.

Al director de la radiodifusora La voz de la Frontera Sur, licenciado Jorge Leonardo Martínez Calvo, por creer en el proyecto y dar todas las

facilidades de equipo, material, y sobre todo asesoría técnica para realizarlo. A la directora general del Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía, licenciada Susana Solís Esquinca, a la directora de radio, licenciada Patricia Espinoza Méndez, y al gerente de Radio Uno, el licenciado Gubidcha Matuz Lerma.

# Epílogo

Los trabajos compilados en este libro muestran las ventajas y los retos implicados en la puesta en marcha en México, a principios del siglo XXI, de un modelo de atención que promueve el parto institucionalizado hospitalario de mujeres de bajos recursos que viven en localidades alejadas de los centros urbanos. Los retos de este modelo son: servicios de salud con personal insuficiente; asequibilidad y accesibilidad geográfica de los servicios limitadas; gasto y tiempo excesivos de transportación; discontinuidad entre el primer y el segundo niveles de atención; indiferencia de los prestadores de servicios ante los síndromes de filiación cultural de las mujeres embarazadas; incremento de los partos por cesárea; rechazo para atender en las unidades de salud a mujeres en trabajo de parto; medicalización excesiva durante el trabajo de parto, que no lo favorece e incluso lo inhibe; dificultades en la comunicación entre los prestadores de servicios y las usuarias; la percepción de estas de recibir información insuficiente, entre otros.

Todo ello determina que en ese contexto las mujeres sigan valorando los servicios de las parteras llamadas tradicionales. No obstante, las mujeres también reconocen las ventajas de la gratuidad de los servicios públicos y señalan que un parto institucional es más seguro para su sobrevivencia.

## La partería tradicional en la lucha por la sobrevivencia

La pervivencia de las parteras tradicionales a lo largo del siglo xx en el país estuvo determinada por la calidez de su práctica, su capacidad para comunicarse con las mujeres a las que atendían, su familiaridad con los valores de la comunidad, y también porque solían ser la única posibilidad de atención.

La política que incorpora a las parteras como prestadoras de servicios en el sistema de salud no es muy clara y en ella se reconocen contradicciones. Así, en el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), que marca la política de salud federal de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (véanse los casos de Oaxaca, de 2014 a 2016, y Guerrero, de 2014 a 2017), se destinan fondos de la federación para su capacitación; sin embargo, en Chiapas, en donde el número de partos atendidos por parteras es muy significativo, este instrumento no incluye financiamiento para su capacitación o su apoyo. Son, en cambio, las instancias gubernamentales encargadas de la cultura, ajenas al sector salud, las que valoran y apoyan su capacitación y la pervivencia de su práctica.

Por otro lado, en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-2016) se reconoce a la partera tradicional como prestadora de atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de la persona recién nacida. Las iniciativas para la atención del parto con pertinencia cultural reconocen la posibilidad de que este tipo de parteras atiendan partos. *La Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, por su parte, les brinda certeza jurídica para participar activamente en las redes de servicios (ssa, s/f:7), y el Reglamento de la *Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica* (ssa, s/fa) les permite prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, y otros que la ssa especifique (Secretaría de Salud).

El *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro* (ssa, Ca. 2014) también da entrada a las parteras tradicionales a las instituciones de salud, ya que incluye un espacio de atención para ellas. De acuerdo con la Direc-

ción General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud, este modelo de atención se está aplicando en 17 de las 32 entidades federativas del país, que comprende 44 unidades de salud de 43 municipios.<sup>1</sup>

A pesar del fortalecimiento de las parteras tradicionales en la política pública y en el plano jurídico, los artículos de este libro documentan las distintas estrategias con que los prestadores de los servicios públicos las excluyen, que van desde amenazas tanto a ellas como a las mujeres embarazadas, de separarlas de programas sociales como Prospera, hasta la posibilidad de que terminen en la cárcel. Estos dos elementos constituyen la pinza que a mediano plazo pone en riesgo la sobrevivencia de esta práctica ancestral.

## **La partería profesional es invisible en la política pública**

A diferencia de la partera tradicional, la partera profesional está ausente tanto en la visión de los prestadores de salud –que desconocen su existencia y, por consiguiente, lo distintivo de su práctica, como se muestra en varios artículos de este documento– como en la Ley de Salud, los Programas de Acción Específicos y la normativa de la política de salud materna.

El informe *El estado de las parteras en el mundo 2014*, señala la conveniencia de contar con personal profesional especializado en la atención materna. Algunos estudios (Walker, 2012a; UNFPA/CIM y OMS, 2014) muestran que las parteras técnicas o profesionales pueden ser un recurso ideal para la atención interinstitucional del parto.

En este libro se muestran los avances para promover a este tipo de profesional, y se reconoce que se trata de una tarea ardua. Hay una resistencia histórica por parte del gremio médico para considerar a las parteras como pares, sean tradicionales o profesionales. Los artículos aquí compilados revelan que el referente actual de la partería son las parteras tradicionales, con todo lo que esto implica. Después de casi 50

<sup>1</sup> Respuesta a la solicitud de información 0001200396717 del 22 de noviembre 2017.

años de la desaparición de la partera profesional y la paulatina exclusión de las enfermeras materno-infantiles en la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no se vislumbra que el país pueda contar a corto plazo, de manera suficiente, con este recurso para atender los partos normales. Además de instalar escuelas de partería, se requiere modificar la *Ley general de salud* para incluir a esta prestadora de servicios como parte del Sistema Nacional de Salud.

El Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 delinea la política de salud materna. En su diagnóstico reconoce la necesidad de contar con “capacidad suficiente de personal profesional para la atención preconcepcional, prenatal, parto, puerperio seguro y respetuoso, del recién nacido, las 24 horas, los 365 días del año” (ssa, 2013:50), y establece entre sus estrategias la de “promover la formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato” (ssa, 2013:62). Sin embargo, no reconoce como parte de una política el promocionar la partería profesional. Una asignatura pendiente para el periodo 2019-2024 es, por lo tanto, la instalación de escuelas para formar al personal idóneo para la atención materna, que asegure a la partera autonomía en su ejercicio profesional. El avance obtenido hasta el momento es que aparezca en la NOM-007-ssa-2 como prestadora de atención obstétrica.

El fortalecimiento de la partería profesional requiere incluirla en instancias educativas tales como el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (Ceneval). La opción de la partería profesional no está todavía en el padrón del Examen General de Egreso de Licenciatura (EGEL), aunque sí la de médico cirujano y partero de las universidades de Colima, Guadalajara y Nuevo León (Ceneval, 2017:84-85). La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior tampoco menciona ninguno de los programas vigentes documentados en este libro; es decir, son invisibles como profesionales de la salud en el sistema de educación superior.

Las parteras egresadas no cuentan, por otro lado, con formas de contratación estables. Así, de 2011 a 2016, de los 11 estados que contratan parteras profesionales solo Guerrero y Puebla mantuvieron su con-



tratación todo 2016. Y solo en ocho estados de la República se encontraron parteras profesionales: dos en Chiapas, tres en Chihuahua, 10 en Guerrero, dos en Puebla, 11 en Querétaro, cuatro en San Luis Potosí, tres en Tabasco y ocho en Veracruz (43, en total) (Díaz Echeverría, 2017). La contratación suele disponer de los fondos del AFASPE, el Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV) (2011-2012) y Salud Materna y Perinatal (2013-2018), lo que posibilita la contratación con un fondo concurrente de los propios estados. Dada la discontinuidad de la contratación, no es posible evaluar sus resultados a mediano plazo. Para que esta se convierta en una política de Estado, el AFASPE tendría que etiquetar los recursos que se le destinaran, y los gobiernos estatales deberían proporcionar recursos concurrentes que aseguraran su permanencia.

Este libro suscita interrogantes sobre el presente y el futuro de la atención del parto brindada por parteras, y anuncia los esfuerzos que las propias parteras, los prestadores de servicios, los activistas y los académicos tendrán que hacer en los próximos años para asegurar que las mujeres tengan partos seguros y satisfactorios.

*Graciela Freyermuth Enciso*



## Cierre de la reunión anual de donatarias, Fundación MacArthur

En septiembre del 2014, nos reunimos varias personas que trabajamos por los derechos y la salud de las mujeres en México para reflexionar sobre la decisión del consejo directivo de la Fundación de hacer grandes cambios en nuestra forma de trabajar. Esos cambios significarían eventualmente terminar 12 programas, incluyendo el de Población y Salud Reproductiva. Sobre este último, cada oficina de país participante tendría la oportunidad de pensar sobre la mejor manera de cerrarlo, tras más de 30 años de trabajo. En los tres países participantes –India, Nigeria y México– reconocimos los logros con que la Fundación había contribuido en el área de la salud sexual y reproductiva, particularmente en el tema de la salud materna. Quisimos, por tanto, abordar un tema o subtema que permitiera a las donatarias de la Fundación conseguir una meta más, una meta que trascendiera en el largo plazo.

Como parte de ese ejercicio, desde la oficina de México hablamos con diversas organizaciones y con colegas en nuestras oficinas en cada uno de los tres países; analizamos los temas de interés y las tendencias internacionales y en nuestro propio pasado como institución. Concluimos que después de 30 años en el tema, México estaba listo para una tarea crítica: abatir la inercia acumulada durante décadas sobre la forma en que las mujeres reciben atención de la salud reproductiva, y apostar por

el fortalecimiento de la partería para mejorar de manera duradera la calidad de los servicios de salud. Esto podría llevar a un punto de no retorno tal que al hablar de la salud reproductiva en México, ya no se pudiera pensar al margen de la partería.

Pienso que teníamos razón. Tuve recientemente la oportunidad de presentar –en una reunión de donantes e inversionistas de impacto interesados en América Latina– el trabajo que la Fundación está apoyando en el campo de la partería. Fue muy satisfactorio compartir los avances colectivos que se están logrando en México, que podemos distinguir a partir de la línea de base de 2015. Pronto tendremos información de 2018, con lo que sabremos de manera más objetiva si estamos en buen camino. Mientras tanto, en las reuniones que hemos celebrado hemos podido reconocer un avance cualitativo respecto de 2014, cuando empezamos a hablar de este tema con mayor profundidad.

De 2015 a la fecha, los donatarios de la Fundación han generado 43 proyectos de partería en diversos estados; han trabajado con mujeres, comunidades y familias, y han alcanzado a cientos de prestadores de servicios de salud, clínicas, casas maternas y hospitales públicos y privados. Por otro lado, 11 estados están operando proyectos diseñados por ellos mismos para que las parteras puedan ofrecer servicios de partería de calidad y las mujeres puedan disponer de una atención conforme a sus necesidades.

Más de 250 estudiantes están becadas para estudiar partería o enfermería en obstétrica. Si en 2010 teníamos una red nacional de parteras, hoy tenemos al menos cuatro: dos nacionales y dos estatales. Y la Asociación Mexicana de Parteras (AMP) tiene hoy más representantes en los estados. De acuerdo con la información disponible, hemos pasado de cinco a 11 programas de formación en partería (unos que ya están operando y otros que están por comenzar este año). Hemos atraído el interés de las universidades interculturales y del sistema de universidades tecnológicas, que reúnen más de 200 campus universitarios en el país.

Se diseñó una gran campaña de comunicación, y actualmente Parteras de Hoy tiene más de 36 000 seguidores; la AMP tiene más de 4 000 miembros y cada día hay nuevos posteos en *Facebook*. Hemos intercambiado puntos de vista y aprendizaje con Canadá, Perú, Chile, Estados

Unidos y Costa Rica en visitas de reconocimiento. México tuvo su mayor representación en la Conferencia de la Confederación Internacional de Parteras, en Toronto, el año pasado. Puedo decir con toda confianza que las parteras –de todas las variantes– han tenido en los últimos dos años más oportunidades para conocerse, comprenderse y encontrar una causa común a pesar de sus diferencias. Por separado, han enfrentado retos similares, y se han unido en muchos diferentes foros para hacer análisis profundos y cuestionar sus prácticas y su situación.

Tuve recientemente la oportunidad de ver en tres espacios muy distintos –en la conformación de la Red de Parteras Flor de Maíz, en Chiapas; en una junta de la Asociación Nacional de Parteras Profesionales, y en un taller de liderazgo en Mérida– cómo las parteras empíricas y las que tienen formación universitaria expresan por igual su frustración ante su actual situación: no pueden atender a las mujeres como saben y quieren hacerlo; son mal pagadas o no tienen salario; no las toman en cuenta o las menosprecian, y sufren discriminación racial, étnica, de género o de estatus. Con la ayuda de aliadas de la sociedad civil y la academia, así como de personas del sector salud, se ha ido formando una conciencia colectiva de esta injusticia, y se han dado cambios –si bien lentos, esperemos que seguros– para lograr una mayor legitimidad de la partería, y el reconocimiento de que el paradigma de la salud en México está desactualizado y exige ser modernizado de manera que se reconozcan los derechos de las mujeres que buscan atención y de las trabajadoras que se la prestan.

¿Cómo sucedió todo esto en tan pocos años?

Debemos hacer un alto para reconocer la energía de este grupo. La energía que nos hace más que la suma de las partes. Me refiero a las personas y las organizaciones que han colaborado unas con otras, a las que tienen lazos con la Fundación y también a las que están al margen de este pequeño grupo. Porque se han tendido vínculos entre la sociedad civil, los prestadores de servicios y las autoridades del sector salud, los políticos, las autoridades municipales y los tomadores de decisiones.

No somos una gran familia feliz –ni lo somos ni esperamos serlo–, pero sabemos que no podemos alcanzar solas nuestras metas y queda

mucho por hacer. Cada una tiene historias que se traslapan, públicos distintos, diferentes identidades institucionales y diferentes fortalezas. Podemos ver cómo en los últimos dos años, estos logros alcanzados por separado han contribuido a influir en el modelo de atención. Es poco común reunir a tantas personas con la capacidad, el interés y la necesidad de luchar por una meta común, como los donatarios de la Fundación. Todas queremos ir más allá. Todas esperamos más de nosotras mismas y de las demás. Y todas encontramos la forma de dar más de lo que nos propusimos.

Hoy estamos en un mejor lugar que hace dos años, pero nos preguntamos si este cambio va a ser duradero. Si dentro de diez años recordaremos estas épocas con tristeza y exclamaremos “¡Ah!, ¿te acuerdas de cuando trabajamos para la partería? ¡Qué ingenuas éramos!, ¡pensar que podríamos retar al poder y cambiar las cosas!” O si lo recordaremos con orgullo y afecto por nuestro papel en los primeros pasos para impulsar la modernización de los derechos y la atención de la salud de las mujeres en México.

En este 2018, último año de la participación de la Fundación en el tema, quiero ver la partería en el programa de salud materna del nuevo Plan Nacional de Salud. Quiero ver que la Secretaría de Salud apruebe un currículo básico y que las escuelas lo usen para guiar sus programas. Quiero ver a las parteras certificadas y –al menos algunas, para empezar– contratadas como debe ser. Quiero conocer formas innovadoras de asegurar que todas las parteras, desde las tradicionales hasta las de posgrado, tengan un lugar en el sistema de salud, que es donde van las mujeres a atenderse. Quiero que se reconozcan y sean reconocidas como parte importante y necesaria de todo sistema de salud. Y quiero involucrar a más actores en este trabajo, encontrar a otros que pueden ayudar a financiar esta labor. Quiero alcanzar ese punto de no retorno.

14 de febrero, 2018

*Sharon Bissel*

# Bibliografía

## ACUÑA DELGADO, ÁNGEL

2006 *La construcción cultural del cuerpo en la sociedad rarámuri de la Sierra Tarahumara*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

## AGOSTONI, CLAUDIA

2001 “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato”, en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela (eds.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, Programa de Estudios de Género-UNAM-Porrúa, México, pp. 71-95.

## AGUILAR CAMÍN, HÉCTOR Y LORENZO MEYER

1989 *A la sombra de la Revolución Mexicana*, Cal y Arena, México.

## ALFARO, NOÉ Y OTROS

2006 “Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo”, en *Investigación en Salud*, vol. 8, núm.1, pp. 50-53.

## ALLIMAN, JILL Y JULIA C. PHILLIPPI

2016 “Maternal Outcomes in Birth Centers: An integrative review of the literature”, en *J Midwifery & Women’s Health*, vol. 61, núm. 1, pp. 21-51.

**ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS (ACNUDH)**

- 2000 “CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)” en *Naciones Unidas. Derechos Humanos* (<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>), consultada: 29 de octubre de 2016.

**ÁLVAREZ, JOSÉ Y OTROS**

- 1960 *Historia de la Salubridad y la Asistencia en México*, vols. I-IV, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

**ÁLVAREZ MILFLORES, JACQUELINE**

- 2015 “Los riesgos de no reconocer la partería tradicional”, en *Animal Político* (<http://www.animalpolitico.com/blogueros-punto-gire/2015/07/20/los-riesgos-de-no-reconocer-la-parteria-tradicional/>), consultada: 3 de octubre de 2016.

**AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) Y THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG)**

- 2012 *Guidelines for Perinatal Care*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington.

**AMERICAN ASSOCIATION OF BIRTH CENTERS (AABC)**

- 2016 “What is a Birth Center?”, en *American Association Of Birth Centers* ([http://www.birthcenters.org/?page=bce\\_what\\_is\\_a\\_bc](http://www.birthcenters.org/?page=bce_what_is_a_bc)), consultada: 19 de diciembre de 2017.

**ANDERSSON, NEIL, SERGIO PAREDES SOLÍS Y ASCENCIO VILLEGAS ARRIZÓN**

- ca. 2012 *Supervivencia neonatal, seguridad cultural y partería tradicional en comunidades indígenas del estado de Guerrero, México*, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad Autónoma de Guerrero, Guerrero (texto no publicado).

**ARGÜELLO AVENDAÑO, HILDA Y ANA MATEO**

- 2014 “Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años”, en *Revista Liminar, Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 12, núm. 2, pp. 13-29.



**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS (AEM)**

- 2011 “Código deontológico de las matronas españolas”, en *Asociación Española de Matronas* ([http://www.aesmatronas.com/descargas/doc\\_otros/CODIGO\\_DEONTOLOGICO.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/doc_otros/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf)), consultada: 2 de septiembre de 2016.

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA (AMP)**

- 2014 *Documento de ética y Valores Asociación Mexicana de Partería A. C.* (Texto no publicado).
- 2015 “¿Qué es la AMP?”, en *Asociación Mexicana de Partería* ([http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/que\\_es\\_la\\_AMP.htm](http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/que_es_la_AMP.htm)), consultada: 16 de junio de 2016.

**ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (ANUIES)**

- 2014 “Anuario estadístico de educación superior” ciclo escolar 2014-2015. (<http://www.anui.es/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>), consultada: 20 de diciembre 2017.

**ATKIN, LUCILLE C. Y OTROS**

- 2016 *Partería en México*, UNFPA, Management Sciences for Health, McArthur Foundation, CPMS México, México.
- 2017 “Iniciativa de la Fundación MacArthur para promover la partería en México. Informe de resultados de la línea de base”, en *MacArthurFoundation* ([https://www.macfound.org/media/office\\_article\\_pdfs/Linea\\_de\\_Base\\_Parteria\\_\\_VERSION\\_COMPLETA\\_EN\\_ESP.pdf](https://www.macfound.org/media/office_article_pdfs/Linea_de_Base_Parteria__VERSION_COMPLETA_EN_ESP.pdf)), consultada: 15 de julio de 2016.

**AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)**

- 2002 *Para comprender las causas de las defunciones maternas. Módulo I en Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre cuestiones de población*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Columbia University Evitar la Muerte y Discapacidad Materna Programa AMDD, Turin, Italia.

**ÁVILA, GLORIA ÁNGELES, FLAVIANO ROJAS CARBAJAL Y ALEJANDRA DEL CARMEN MACIEL VILCHIS**

- 2011 “Percepción de la mujer embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal”, en *uaemex* ([http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1\\_PERCEPCION.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf)), consultada: 25 de agosto de 2016.

**BALDWIN, KAREN A.**

- 2006 “Comparison of Selected Outcomes of Centering Pregnancy Versus Traditional Prenatal Care”, en *J Midwifery & Women's Health*, vol. 51, núm. 4, pp. 266-72.

**BARGER, MARY, MARIE ANN FAUCHER Y PATRICIA AIKINS MURPHY**

- 2015 “Part II: The Centering Pregnancy Model of Group Prenatal Care”, en *J Midwifery & Women's Health*, vol. 60, núm. 2, pp. 211-213.

**BELLI, LAURA**

- 2013 “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, vol. 1, núm. 7, enero-junio, pp. 25-34.

**BELTRÁN, LUIS RAMIRO**

- 2000 “Promoción de la Salud una Estrategia Revolucionaria cifrada en la Comunicación”, Exposición Inaugural en la *Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud*, 6-8 noviembre, Universidad Metodista de Sao Paulo- Cátedra Unesco de Comunicación para el Desarrollo Regional y las Facultades Adamantinas Integradas, Adamantina, S. P., Brasil.

**BENEDIKTSSON, INGUNN Y OTROS**

- 2013 “Comparing CenteringPregnancy to standard prenatal care plus prenatal education”, en *BMC Pregnancy Childbirth* (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3561159&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>), consultada: 23 de agosto de 2016.

**BERGSTRÖM, STAFFAN Y ELIZABETH GOODBURN**

- 2000 “The Role of Traditional Birth Attendants in the reduction of maternal mortality”, en *Researchgate* ([https://www.researchgate.net/publication/237327121\\_The\\_Role\\_of\\_Traditional\\_Birth\\_Attendants\\_in\\_the\\_Reduction\\_of\\_Maternal\\_Mortality](https://www.researchgate.net/publication/237327121_The_Role_of_Traditional_Birth_Attendants_in_the_Reduction_of_Maternal_Mortality)), consultada: 16 de julio de 2016.

**BERMÚDEZ, MARÍA ELVIRA**

1995 *La vida familiar del mexicano*, Antigua Librería Robredo, México.

**BERRÍO PALOMO, LINA R.**

2015 “Partería: antigua y vigente estrategia para atender salud sexual y reproductiva”, en *Cimacnoticias* (<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/69732>), consultada: 26 de mayo, 2015.

**BERRY, NICOLE S.**

2010 *Unsafe motherhood: Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war, Guatemala*, Berghahn Books, New York.

**BOURDIEU, PIERRE**

1997 *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona.

**BRONFMAN, MARIO Y MARCELA GLEIZER**

1994 “Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria”, en *Cad. Saúde Pública*, vol. 10, núm. 1, Río de Janeiro, pp. 111-122.

**BUSTAMANTE, MIGUEL**

1984 “La Coordinación de los Servicios Sanitarios federales y locales como factor de progreso en México”, en Héctor Hernández Llamas (comp.), *La atención médica rural en México, 1930-1980*, Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos de Estudio, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 35-90.

**CABRERA PIVARAL Y OTROS**

2002 “Evaluación de dos estrategias de educación nutricional vía radio en Guadalajara, México”, en *Cad. Saúde Pública* vol. 18 núm. 5, pp.1289-1294.

**CALDERÓN, CRISTIÁN**

2012 *Soluciones mediales: modelo de aprendizaje activo*, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

**CAMPOS NAVARRO, ROBERTO**

2015 *Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento... Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia*, Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, México.

**CAMPOS RODRÍGUEZ, DUNIA**

2016 *Reporte de visitas de Vinculación Comunitaria* (texto no publicado).

**CAO, ROMEO LAURA**

1999 “Papel de la partería para una maternidad sin riesgos en México: ¿tradición o profesión?”, en María del Carmen Elu, y Elsa Santos (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, FNUAP-Population Council, México, pp. 195-205.

**CARRILLO, ANA MARÍA**

1999 “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, vol. 19, pp. 167-190.

**CASILLAS, MA. DE LOURDES Y LAURA SANTINI**

2009 *Universidad Intercultural Modelo Educativo*, SEP, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, México.

**CASTAÑEDA PÉREZ, MARTHA A.**

2010 “La salud materna y el Seguro Popular en regiones indígenas de Oaxaca: ¿Cuánto más hay que esperar?”, en Daniela Díaz (coord.), *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C., México, pp. 89-127.

**CASTAÑEDA, XÓCHITL**

1992 “Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos”, en *Salud Pública de México*, vol. 34, núm. 5, pp. 528-532.

**CASTRO, ROBERTO**

2014 “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.

**CASTRO, ROBERTO Y JOAQUINA ERVITI**

2014 “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en *Revista CONAMED*, vol. 19, núm. 1, pp. 37-42.

**CATLING, CHRISTINE Y OTROS**

- 2015 “Group versus conventional antenatal care for women”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews* ([http://www.cochrane.org/CD007622/PREG\\_group-versus-conventional-antenatal-care-pregnant-women](http://www.cochrane.org/CD007622/PREG_group-versus-conventional-antenatal-care-pregnant-women)), consultada: 23 de noviembre de 2016.

**CENTRO NACIONAL DE EVALUACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (CENEVAL A. C.)**

- 2017 *Informe Anual de Resultados 2016. Examen General para el egreso de la Licenciatura en Medicina General (EGEL-MEDI)*. México: Dirección del Área de los EGEL. Departamento de Análisis Psicométrico.

**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD COMITÁN, A. C. (CISC)**

- 2014 *Proyecto: Profesionalización de la partería mediante la formulación, gestión, diseño, implementación y evaluación de una Licenciatura de Atención a la Salud Materna en Contextos Interculturales, con apoyo de la Fundación MacArthur* (texto no publicado).

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO (CIMIGEN)**

- 1996 *Sistema de registro de referencia y mortalidad materna de CIMIGEN en 6313 nacimientos hasta 1996* (texto no publicado).
- 2016 *Encuesta telefónica a egresadas de la especialidad de enfermería perinatal sede CIMIGEN de junio a agosto 2016* (texto no publicado).

**CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (CNEGSR)**

- 2009 “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”, en CNEGSR ([http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Estrategia\\_Integral.pdf#search=Estrategia%5Fintegral%2Epdf](http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf#search=Estrategia%5Fintegral%2Epdf)), consultada: 7 de noviembre de 2016.

**CERVANTES, ERIKA (COORD.)**

- 2008 “La Salud de las Mujeres Guerrerenses. Retos Legislativos”, en *Centro de Análisis e Investigación (Fundar)* (<http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/saludonepaper.pdf>), consultada: 26 de diciembre de 2016.

**CHARLES, MERCEDES Y GUILLERMO OROZCO**

1995 *Educación para la recepción*, Editorial Trillas, México.

**COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO**

2015 “The Ontario Midwifery Model of Care”, en *Collage of Midwives* (<http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/The-Ontario-Midwifery-Model-of-Care.pdf>), consultada: 19 de octubre de 2016.

**COMISIÓN NACIONAL DE INTERNADOS Y RESIDENCIA A. C. (CNIR)**

1995 *Argumentos para crear un programa formal de Internados y Residencias en la república Mexicana* citado en: Graciela Freyermuth, 1986. “Stress y fatiga en médicos residentes de posgrado del hospital general (SSA) de Cd. Nezahualcóyotl”. Reporte de Investigación No. 45, UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

**COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH)**

2017 “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”, en CNDH, *Comunicado de prensa DGC/158/17* ([http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2017/Com\\_2017\\_158.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Comunicados/2017/Com_2017_158.pdf)), consultada: 18 de julio de 2017.

**COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)**

2015 “Indicadores socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015”, en *gob.mx* (<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239921/01-presentacion-indicadores-socioeconomicos-2015.pdf>), consultada: 5 de noviembre de 2016.

**COMITÉS INTERINSTITUCIONALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, A. C. (CIEES)**

2015 “Principios y estándares para la evaluación de programas educativos en las instituciones de educación superior de México”, en CIEES, *Documentos Técnicos*, (<https://ciees.edu.mx/>), consultada: 17 de septiembre de 2016.

**COMUNIDAD RAÍZ ZUBIA A. C. (CRZ)**

2013 *La importancia de la Luciérnaga en la Ecuación*, Guerrero, México (texto no publicado).

- 2015 *Luciérnagas comunitarias*, Guerrero, México (texto no publicado).

#### CONDE FERNÁNDEZ, FERNANDO

- 2011 “Parteras, Comadres, Matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. (Discursos Académicos 49).”, Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Numerario, 14 de diciembre de 2011, Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote.

#### CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS (CIM)

- 2005 “Philosophy and Model of Midwifery Care”, en *internationalmidwives.org*, ICM Core Documents ([http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf)), consultada: 19 de agosto de 2016.
- 2008 “Código deontológico Internacional para Matronas”, en *internationalmidwives.org*, Español. Ética y filosofía ([http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20SPA%20Codigo%20deontologico%20internacional%20para%20matronas.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20SPA%20Codigo%20deontologico%20internacional%20para%20matronas.pdf)), consultada: 19 de agosto de 2016.
- 2010 “Competencias esenciales para la práctica básica de la partería”, en ICM, Español. *Competencias para la formación en partería* (<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>), consultada: 19 de agosto de 2016.
- 2013 “Normas globales para la formación en partería”, en ICM, Español, *Normas globales, competencias esenciales y herramientas de la ICM* ([http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/1.%20Normas%20globales%20para%20la%20formaci%C3%B3n%20en%20parter%C3%ADa%20\(2010\)\\_rev%202014.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/1.%20Normas%20globales%20para%20la%20formaci%C3%B3n%20en%20parter%C3%ADa%20(2010)_rev%202014.pdf)), consultada: 19 de agosto de 2016.

**CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE ENFERMERÍA, A. C. (COMACE)**

- 2013 “Manual para evaluadores del sistema nacional de acreditación de enfermería 2013 SNAE-2013”, en *comece.mx*, ([http://comece.mx/Docs/MANUAL\\_DE\\_EVALUADORES\\_EXTERNOS.pdf](http://comece.mx/Docs/MANUAL_DE_EVALUADORES_EXTERNOS.pdf)), consultada: 7 de septiembre de 2016.

**CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)**

- 2012 “Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México”, en ICM, *Informes y Publicaciones* ([http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf)), consultada: 18 de septiembre de 2016.

**CONSEJO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES (CONOCER)**

- 2007 “Norma Técnica de Competencia Laboral, en Secretaría de Educación Pública del estado de Hidalgo”, en *InfNTCL* (<http://www.uttt.edu.mx/ecec/Estandares/EC0049.pdf>), consultada: 12 de julio de 2016.

**CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO)**

- 2010 “Índice de marginación por entidad federativa y municipio”, en *Secretaría de Gobernación* ([http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos\\_Abiertos\\_del\\_Indice\\_de\\_Marginación](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginación)), consultada: 22 de agosto de 2016.
- 2015 “Datos abiertos del índice de marginación”, en *Secretaría de Gobernación* ([http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos\\_Abiertos\\_del\\_Indice\\_de\\_Marginación](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginación)), consultada: 3 de septiembre de 2016.

**CRAGIN, LESLIE Y OTROS**

- 2007 “Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?”, en *Reproductive Health Matters*, vol. 15, núm. 30, pp. 50-60.

**CRUZ ANGUIANO, VERÓNICA Y OTROS**

- 2004 “The importance of quality of care in perinatal mortality: A case-control study in Chiapas, Mexico”, en *Arch Med Res*, vol. 35, núm. 6, pp. 554-562.



**CRUZ MARTÍNEZ, ÁNGELES Y ANGÉLICA ENCISO L.**

- 2015 "Logros parciales de México en los objetivos del milenio", en *La Jornada* (<http://www.jornada.unam.mx/2015/01/05/politica/002n1pol>), última actualización: lunes 5 enero, consultada: 15 noviembre de 2016.

**CUEVA, NEPTALÍ**

- 2011 "Cultura e Interculturalidad", ponencia en el Taller Servicios de Salud con pertinencia intercultural para ciudadanas y ciudadanos indígena, Iparía – Ucayali, citado en Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA- Perú), Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Alianzas para Niños (INMED Andes), 2011, Atención en salud con pertinencia cultural. Módulo técnico-teórico. Dirigido a personal facilitador de salud, Perú, Salud sin Límites, p.40. (<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Atencion-en-Salud-Modulo-Tecnico.pdf>) consultada: 3 de noviembre de 2016.

**DAVIS FLOYD, ROBBIE**

- 2001 "La partera profesional: Articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico", en *Medical Anthropology*, vol. 20, núm. 2-3, pp. 185-243.
- 2005 "Daughters of Time: The Postmodern Midwife", en *MIDIRS Midwifery Digest*, vol. 15, núm. 1, pp. 32-39.

**DECESARE, JULIE Z. Y JESSICA R. JACKSON**

- 2015 "Centering Pregnancy: practical tips for your practice", en *Arch Gynecol Obstet*, vol. 291, núm. 3, pp. 499-507.

**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA NACIONAL (DEN)**

- 1930 "Tabulados básicos", en *Quinto Censo de Población* (<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1930/default.html>), consultada: 14 de septiembre de 2017.

**DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (DGE)**

- 1895 "Tabulados básicos", en *Censo General de la República Mexicana 1895* (<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1930/default.html>), consultada: 14 de septiembre de 2017.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF)

- 1976 “Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4852649&fecha=25/10/1976](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4852649&fecha=25/10/1976)), consultada: 25 de octubre de 2016.
- 1992 “Decreto por el que se reforman los artículos 30, 50, 24, 27, 130 y se adiciona el Artículo Decimoséptimo Transitorio de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4646748&fecha=28/01/1992](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646748&fecha=28/01/1992)), consultada: 6 de agosto de 2016.
- 1993 “NOM005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar” en *Secretaría de salud* (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>), consultada: 29 de julio de 2016.  
 “Acuerdo número 279, por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior”, en *DOF* ([http://dof.gob.mx/nota\\_to\\_doc.php?codnota=2057041](http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=2057041)), consultada: 16 de noviembre de 2016.
- 2001 “Decreto por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 10., se reforma el artículo 20., se deroga el párrafo primero del artículo 40.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=762221&fecha=14/08/2001](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762221&fecha=14/08/2001)), consultada: 9 de agosto de 2016.
- 2005 “Ley orgánica de la Administración Pública Federal”, en *CENAPRED* (<http://www.cenapred.unam.mx/es/Transparencia/MarcoNormativo/pdf/Leyes/Ley-Org-Admon-Pub-Fed.doc>), consultada: 29 de julio de 2016.
- 2007 “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007)), consultada: 19 de agosto de 2016.
- 2010 “Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios”, en *DOF* ([http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010)), consultada: 16 de agosto de 2010.
- 2013 “Programa Sectorial de Salud 2013 2018”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013)), consultada: 25 de octubre de 2015.

- 2014 “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, en *CNDH* ([http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proviclima/1LEGISLACI%C3%93N/1Federal/Reglamento\\_Ley\\_General\\_Salud\\_Prestacion\\_Atencion\\_Medica.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proviclima/1LEGISLACI%C3%93N/1Federal/Reglamento_Ley_General_Salud_Prestacion_Atencion_Medica.pdf)), consultada: 19 de agosto de 2016.
- 2014b “Modificación a la Convocatoria para la promoción por profesionalización del personal de enfermería, de trabajo social y de terapia física y rehabilitación”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5375518&fecha=11/12/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375518&fecha=11/12/2014)), consultada: 25 de septiembre de 2016.
- 2015 “Ley General de Salud” (*DOF*, 12 de noviembre de 2015).
- 2015 “Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, en *DOF* ([http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref96\\_12nov15.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref96_12nov15.pdf)), consultada: 17 de septiembre de 2016.
- 2016 “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida”, en *DOF* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)), consultada: 11 de septiembre de 2016.

#### DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA

- 2017 “¿De cuánto hablamos, cuando hablamos de presupuesto para contratar parteras profesionales en México?”, en *La Silla Rota. FUNDAR* (<https://lasillarota.com/opinion/columnas/de-cuanto-hablamos-cuando-hablamos-de-presupuesto-para-contratar-parteras-profesionales-en-mexico/143254#.WPe7BNLhDIU>), consultada: el 23 de agosto de 2017.
- 2017 “Carencia de parteras profesionales en México”, en *La Silla Rota. FUNDAR* (<https://lasillarota.com/opinion/columnas/carencia-parteras-profesionales-mexico/138175>), consultada: 3 de noviembre de 2017.

#### DÍAZ ROBLES, LAURA CATALINA Y LUCIANO OROPEZA SANDOVAL

- 2007 “Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte”, en *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 27, pp. 237-261.

**ESCUELA DE PARTERAS PROFESIONALES DE CASA, A. C.**

s/f *Escuela de Parteras Profesionales de CASA A. C.* (<http://escuela-departeras.org.mx/index.php/la-profesion/descripcion/parteria-profesional>), consultada: 5 de mayo de 2016.

**FAGETTI, ANTONELLA**

2008 *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla*, Gobierno del estado de Puebla-Secretaría de Salud, México.

**FAGETTI, ANTONELLA, Y CYNTHIA MARILUI MARTÍNEZ**

s/f *Hacia la desaparición de los saberes ancestrales. Las parteras indígenas y las políticas de salud intercultural* (texto no publicado).

**FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI), CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS (CIM), FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)**

2014 *Fortalecimiento de la Partería Profesional en América Latina y el Caribe: Informe sobre la colaboración entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Confederación Internacional de Matronas 2011-2014*, FCI-CIM-UNFPA.

**FERGUSON, RICHARD**

2010 *Análisis del Sistema de Salud en la Región de la Cuenca del Lago de Pátzcuaro, Michoacán, México. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer*, Mujeres Aliadas, A. C., México.

**FERRÉS, JOAN**

2000 *Educación en una cultura del espectáculo*, Ediciones Paidós, Buenos Aires.

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)**

2004 *Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, UNFPA, Nueva York.

2011 "El estado de las parteras en el mundo 2011: cuidar la salud, salvar vidas", en UNFPA, *Publicaciones* ([http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/es\\_SoWMy\\_Full.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/es_SoWMy_Full.pdf)), consultada: 12 de octubre de 2016.

2014 "The State of the World's Midwifery 2014 A Universal Pathway. A Woman's Right to Health", en UNFPA, *Publications* ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SoWMy2014\\_complete.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf)), consultada: 19 de julio de 2016.

- 2015 “Unen esfuerzos para el impulso de la partería en México”, en *UNFPA, Noticias* ([http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA\\_21\\_10\\_2015.pdf](http://www.unfpa.org.mx/noticias/UNFPA_21_10_2015.pdf)), consultada: 3 de noviembre de 2016.

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS (CIM) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**

- 2014 “El estado de las parteras en el mundo 2014: Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer”, en *UNFPA, Publicaciones* (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SoWMy-ExecSum-Spanish-rev.pdf>), consultada: 4 de octubre de 2016.

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA PERÚ), MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN, AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (AECID) Y ALIANZAS PARA NIÑOS (INMED ANDES)**

- 2011 *Atención en salud con pertinencia cultural. Módulo técnico-teórico. Dirigido a personal facilitador de salud*, Salud sin límites, Perú.

**FONTCUBERTA, MAR DE**

- 2001 “Comunicación y Educación: una relación necesaria”, en *Cuadernos de Información*, vol. 14, Santiago, Chile, pp. 141-147.

**FRENK MORA, JULIO, HÉCTOR HERNÁNDEZ Y LOURDES ÁLVAREZ**

- 1980 *El mercado de trabajo médico*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA**

- 1993 *Médicos Indígenas, Médicos Alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas, Chiapas*, Gobierno del estado de Chiapas-CIESAS Sureste, Chiapas, México.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA (COORD.)**

- 2015 *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A. C.-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (texto no publicado).

**FREYERMUTH, GRACIELA E HILDA ARGÜELLO AVENDAÑO**

- 2015 “La partería profesional”, en Freyermuth, Graciela (Coord), 25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. *Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, OMM-CIESAS, México, pp. 203-209.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA Y CECILIA DE LA TORRE**

- 2002 “Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida, en los Altos de Chiapas: ¿Esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?” Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población 2002, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA, JOSÉ ALBERTO MUÑOZ, Y MARÍA DEL PILAR OCHOA**

- 2017 “From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas”, en *International Journal for Equity in Health* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5445324/>), consultada: 13 de diciembre de 2017.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA Y MARISOL LUNA CONTRERAS**

- 2014 “Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud”, en *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía* ([http://www.inegi.org.mx/RDE/rde\\_13/doctos/rde\\_13\\_art4.pdf](http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_13/doctos/rde_13_art4.pdf)), consultada: 15 de enero de 2017.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA, MARISOL LUNA Y JOSÉ A. MUÑOS**

- 2015 *Indicadores 2013. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México*, CIESAS-OMM-OPS, México.

**FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA Y SERGIO MENESES NAVARRO**

- 2017 *La atención del parto con pertinencia cultural*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Observatorio de Mortalidad Materna en México-Comité Promotor por una Maternidad Segura en México-Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A. C., México.

**FUNDACIÓN MACARTHUR**

- 2013 “Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final”, en *MacArthur Foundation*, ([https://www.macfound.org/media/office\\_article\\_pdfs/13\\_Parteria\\_informe\\_final\\_FUNDACION\\_MACARTHUR.pdf](https://www.macfound.org/media/office_article_pdfs/13_Parteria_informe_final_FUNDACION_MACARTHUR.pdf)), consultada: 14 de julio de 2016.

**GARCÍA BARRIOS, CECILIA Y OTROS**

- 1993 “Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo”, en *Salud Pública de México*, vol.35, pp. 74-83.

**GARCÍA, DULCE**

- 2002 “La Pedagogía de la Educación en la Comunicación Radiofónica Popular”, Ponencia en *XXXIII Congreso Internacional de Fe y Alegría*, octubre, Instituto Radiofónico Fe y Alegría (IRFA), Venezuela.

**GARCÍA LÓPEZ, BEATRIZ**

- 2011 “Avances de Enfermería en el ISEM” en *Secretaría de Salud del Estado de México* (<http://salud.edomexico.gob.mx/html/MEDICA/CONSEJO%20DE%20SALUD%20DEL%20ESTADO%20DE%20MEXICO.%20XLII%20SESION%20ORDINARIA/ENFERMERIA.%20AVANCES%20EN%20EL%20ISEM.pdf>), consultada: 14 de septiembre de 2017.

**GARCÍA MARTÍNEZ, MANUEL JESÚS Y ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ**

- 1999 “Fechas claves para la historia de las Matronas en España”, en *Génesis*, vol. 38, pp. 27-30.

**GAREAU, SARAH Y OTROS**

- 2016 “Group Prenatal Care Results in Medicaid Savings with Better Outcomes: A Propensity Score Analysis of Centering Pregnancy Participation in South Carolina”, en *Matern Child Health J*, vol. 20, núm. 7, pp. 1384-1393.

**GIL, ARACELY**

- 2009 “Humanización del parto y nacimiento”, en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.), *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Serie Evidencias y Experiencias en Salud Sexual y Reproductiva. Mujeres y Hombres en el Siglo XXI, CIESAS, México, pp. 101-108.

**GIRALDO ARISTIZÁBAL, JESSICA**

- 2014 *¿Pluralismo o colonialidad médica? Un estudio alrededor del cáncer en diferentes sistemas médicos colombianos*, Monografía de grado, Universidad del Rosario, Escuela de Ciencias Humanas, Programa de Antropología, Colombia.

**GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO**

- 2012 “Escuela de Parteras Profesionales del estado de Guerrero”, en *Portal Oficial del Gobierno del estado de Guerrero* (<http://guerrero.gob.mx/dependencias/sector-paraestatal/escuela-de-parteras-profesionales-del-estado-de-guerrero/>), consultada: 23 de agosto de 2017.
- 2017 “Participa secretaría de Salud en el arranque de la campaña: 'En Guerrero ¡Vamos por la Partería!'”, en *Portal Oficial del Gobierno del estado de Guerrero 2015-2021* (<http://guerrero.gob.mx/2017/05/participa-secretaria-de-salud-en-el-arranque-de-la-campana-en-guerrero-vamos-por-la-parteria/>), consultada: 3 de enero de 2017.

**GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ/ COORDINACIÓN GENERAL DEL COMITÉ DE PLANEACIÓN DEL DESARROLLO DE SAN LUIS POTOSÍ (COPLADE)**

- 2012 “Plan Estatal de Desarrollo. Gobierno de estado de San Luis Potosí 2009-2015”, en *Centro Potosino de Tecnología Educativa* ([http://www.cpte.gob.mx/sege/transparencia/2013/files/22-1/67/b/plan\\_estdesa.pdf](http://www.cpte.gob.mx/sege/transparencia/2013/files/22-1/67/b/plan_estdesa.pdf)), consultada: 16 de julio de 2017.

**GOBIERNO DE LA REPÚBLICA**

- 2013 “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, en *Gobierno de la República* (<http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>), consultada: 16 de octubre de 2016.
- 2016 “Serie Histórica”, en *Objetivos de Desarrollo del Milenio. 5 Mejorar la Salud Materna*, (<http://www.objetivosdesdesarrollodelmilenio.org.mx/Default.aspx?Param=SHIODM005000100010,26,E>), consultada: 3 de julio de 2016.

**GODMAN NADINE Y MARÍA EUGENIA TORRES**

- 2015 “CASA: Escuela de Partería Profesional”, en Graciela Freyermuth E. (coord), *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México*, OMM, CIESAS, México, pp. 210-216.



**GONZÁLEZ GUZMÁN, DANIEL**

- 2014 “La partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio”, en *Revista del Patrimonio Cultural del Ecuador (INPC)*, vol., 6, pp. 77-99.

**GONZÁLEZ, FERNANDA**

- 2017 “¿Cómo son las audiencias de radio en México?”, en *Merca2.0* (<https://www.merca20.com/como-son-las-audiencias-de-radio-en-mexico/>), consultada: 11 de septiembre de 2016.

**GONZÁLEZ MONTES, SOLEDAD (COMP.)**

- 1995 *Las mujeres y la salud*, Colmex, México

**GONZÁLEZ PIER, EDUARDO Y OTROS**

- 2006 *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales financieros y operativos*, FCE-SSA-Funsalud-INSP, México.

**GOOD, MARCIA**

- 1997 “Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria”, en *Nueva Época/ Salud Problema* ([http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/articulos/4-103-1452rrh.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-103-1452rrh.pdf)), consultada: 30 de noviembre de 2016.

**GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE)**

- 2015 “Niñas y mujeres sin justicia: derechos reproductivos en México”, en *GIRE A. C.* (<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>), consultada: 12 de marzo de 2016.
- 2015a “Violencia Obstétrica, un enfoque de derechos humanos”, en *GIRE A. C.* (<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>), consultada: 15 de marzo de 2016.

**GÜÉMEZ PINEDA, MIGUEL A.**

- 1997 “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud”, en *Yucatán. Identidad y cultura maya* (<http://www.mayas.uady.mx/articulos/comadronas-promotoras.html>), consultada: 12 de septiembre de 2016.
- 2000 “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas”, en *Yucatán. Identidad y cultura*

- maya* (<http://www.mayas.uady.mx/articulos/concepcion.html>), consultada: 13 de agosto de 2016.
- 2007 “Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva”, en P. Quattrocchi y M. Güémez Pineda (coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CIRUADY, CEPH-CIS-UNAM, INDEMAYA, México.

#### GUMUCIO, ALFONSO

- 2001 “Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación”, en *Revista Iberoamericana de Comunicación* (<http://www.infoamerica.org/articulos/g/gumucio.htm>), consultada: 19 de julio de 2016.
- 2001a *Haciendo Olas: Historias de Comunicación Participativa para el Cambio Social*, Fundación Rockefeller, Nueva York.

#### HAGGERTY, JEANNY Y OTROS

- 2003 “Continuity of care: a multidisciplinary review”, en *BMJ* (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC274066>), consultada: 6 de septiembre de 2016.

#### HALE, NATHAN Y OTROS

- 2014 “The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning”, en *Am J Obstet Gynecol* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.001>), consultada: 14 de septiembre de 2016.

#### HEBERLEIN, EMILY C. Y OTROS

- 2016 “The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes”, en *Arch Women’s Mental Health* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26260037>), consultada: 1 de octubre de 2016.
- 2016a “Qualitative Comparison of Women’s Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care”, en *J Midwifery & Women’s Health*, vol. 61, núm. 2, pp. 224-234.

#### HEREDIA PI, ILEANA Y OTROS

- 2013 “Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México”, en *Salud Pública Mex*, vol. 55, Suppl. S249-S258.

### INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR A. C. (ILSB) Y FUNDACIÓN MACARTHUR

- 2016 *Reportes de evaluación: Proceso de Fortalecimiento del Liderazgo de Parteras Mexicanas. Formación de Parteras, Asociación Mexicana de Partería, CIMIGEN (texto no publicado).*

### INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS (ISECH)

- 2000 *Programa estatal de parteras tradicionales, capítulo de la capacitación (texto no publicado).*
- 2000a *Censo estatal de parteras, variable capacitación (texto no publicado).*
- 2016 *Manual de procedimientos. Casa Materna, ISECH, Chiapas.*

### INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM)

- 2015 “Guía Técnica de Procedimientos para la UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México”, en *Biblioteca virtual del ISEM* ([http://salud.edomex.gob.mx/Html/bv/Medica/Medica/muestra\\_general.pdf?letra=&busca=&total=1477&limite1=765&cant=15&pagina=52](http://salud.edomex.gob.mx/Html/bv/Medica/Medica/muestra_general.pdf?letra=&busca=&total=1477&limite1=765&cant=15&pagina=52)), consultada: 23 de agosto de 2017.

### INSTITUTO INTERNACIONAL ESPAÑOL DE MARKETING DIGITAL (IEMD)

- ca. 2017 “Qué es la planificación de medios”, en *IEMD* (<https://iiemd.com/planificacion/planificacion-de-medios/que-es-planificacion-de-medios>), consultada: 10 de febrero de 2017.

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) / COORDINACIÓN GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS (COPLAMAR)

- 1988 *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales, Dirección General-Secretaría General-Instituto Mexicano del Seguro Social, México D. F.*

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP)

- 2012 “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012”, en *ENSANUT, Informes 2012* (<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>), consultada: 24 de octubre de 2016.

### INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2008 *A propósito del día de la madre, INEGI, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.*
- 2015 “Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2014”, en *INEGI*,

- Boletín de Prensa Núm. 271/15* ([http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_07\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf)), consultada: 27 de agosto de 2016.
- 2016 “Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas (9 de agosto). Datos Nacionales”, en *INEGI, Sala de Prensa* ([http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/indigenas2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/indigenas2016_0.pdf)), consultada: 15 de julio de 2017.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)/ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO).**

- 2014 *Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica (ENADID). Boletín de Prensa No. 271/15, 9 de julio*, INEGI- CONAPO, Aguascalientes.

**INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES (INMUJERES)**

- 2015 Programa de fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de género, 2015 (talleres 2011-2015) [texto no publicado].
- 2015a *Trascendencia de la capacitación institucional en los conocimientos. Habilidades y actitudes de parteras tradicionales y auxiliares de salud frente a las emergencias obstétricas*, Instituto de las Mujeres del estado de San Luis Potosí [texto no publicado].

**JAFARI, FATEMEH Y OTROS**

- 2010 “Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran”, en *Health Care Women Int* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20526924>), consultada: 3 de noviembre de 2016.

**JIMÉNEZ SILVA, BLANCA PELCASTRE Y GUILLERMO FIGUEROA**

- 2008 “Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación”, en *Rev Chil Salud Pública*, vol. 12, núm. 3, pp. 161-168.

**KAPLÚN, MARIO**

- 1998 *Una pedagogía de la Comunicación*. Eds. De la Torre. Primera Edición, Madrid.

**KLIMA, CARRIE Y OTROS**

- 2009 “Introduction of Centering Pregnancy in a Public Health Clinic”, en *J Midwifery & Women’s Health*, vol. 54, núm. 1, pp. 27-34.

**LAAKO, HANNA**

- 2016 “Los derechos humanos en los movimientos sociales: Los derechos reproductivos en el movimiento de las parteras en México”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 227, pp. 167-194.

**LAZCANO PONCE, EDUARDO Y OTROS**

- 2013 “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 2, pp. 214-224.

**LE BRETON, DAVID.**

- 1999 *Antropología del dolor*, Seix Barral, Barcelona.

**LIRA GUEVARA, BRENDA IZUEDTH**

- 2017 *Hacia una cultura del buen trato: habilidades de comunicación y educación de profesores/as en sectores vulnerables*, Magíster en Comunicación Social, Mención Comunicación y Educación, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

**LÓPEZ HIDALGO, ROSALINDA**

- 2014 “Percepción de las mujeres embarazadas sobre la interacción con enfermería en el control prenatal”, en *Repositorio DSpace* (<http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1967/1/RI000773.pdf>), consultada: 19 de octubre de 2016.

**LOZOYA, XAVIER Y CARLOS ZOLLA**

- 1986 *La Medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, Folios, México.

**MACDONALD, MIA Y STARRS ANN**

- 2003 *La Atención Calificada durante el Parto. Un Cuaderno Informativo*, Family Care International, Nueva York.

**MARMOT, MICHAEL Y RICHARD WILKINSON**

- 2006 *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Londres.

**MARTÍNEZ VILLARUEL, CYNTHIA M.**

- 2012 *Levantamiento del niño. Cosmovisión y ritual en una comunidad totonaca de Papantla, Veracruz*, tesis de Licenciatura, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

- 2016 *El oficio de partera y las políticas de salud intercultural. El caso de las parteras totonacas del Módulo de Medicina Tradicional en Huehuetla, Puebla*, tesis de Maestría, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélez Pliego”, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

#### MASSEY, ZOHAR, SHARON RISING Y JEANNETTE ICKOVICS

- 2006 “Centering Pregnancy group prenatal care: Promoting relationship-centered care”, en *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 35, núm.2, pp. 286-294.

#### MÉNDEZ, FRANCISCO

- 2017 “Sin avances contra la muerte materna y la violencia obstétrica”, en *Periódico Puntual* (<http://www.diariopuntual.com/estado/2017/02/03/44210>), consultada: 3 de febrero de 2017.

#### MENÉNDEZ, EDUARDO

- 1983 *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Secretaría de Educación Pública-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- 1998 “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, Ponencia, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires.
- 1992 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en R. Campos, (comp.), *La antropología médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, pp. 97-113.

#### MIDWIFERY COUNCIL OF NEW ZEALAND

- 2012 “Statement on Cultural Competence for Midwives”, en *Publications* (<https://www.midwiferycouncil.health.nz/sites/default/files/documents/PDF%20cultural%20competence.pdf>), consultada: 16 de octubre de 2016.

#### MILLER SUELLEN Y OTROS

- 2016 “Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide”, en *The Lancet*, ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)), consultada: 6 de noviembre de 2016.

**MOLINA, ROUSE Y OTROS**

- 2016 “Striving for Respectful Maternity Care Everywhere” en *Matern Child Health Journal* (<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-2004-2>), consultada: 16 de enero de 2017.

**MOSQUERA, MARIO**

- 2003 “Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias”, en *Instituto de Estudios Urbanos* ([http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN\\_479\\_2012/MEN/TQE\\_Primer%20Fase%202012/Documentos%20producidos/Mosquera\\_2003\\_COMUNICACION\\_en\\_salud%5B1%5D.pdf](http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN_479_2012/MEN/TQE_Primer%20Fase%202012/Documentos%20producidos/Mosquera_2003_COMUNICACION_en_salud%5B1%5D.pdf)), consultada: 19 de octubre de 2016.

**MURRAY DE LÓPEZ, JENNA**

- 2005 “El conflicto y salud reproductiva en ciudades de Chiapas: la desaparición de las parteras empíricas”, en Georgina Sánchez (ed.), *Imagen instantánea de la partería*, ECOSUR-Asociación Mexicana de Partería, México, pp. 197-220.

**NORIEGA, DANIEL Y CLANCY READ**

- 2013 *Documentación cualitativa sobre conocimientos y prácticas en torno a la salud materno-infantil en la región de los Altos de Chiapas*, Save the Children (texto no publicado).

**NUEVE LUNAS**

- 2012 “Atención Humanizada del Parto y Nacimiento, Carpeta Informativa”, en *SlideShare* (<https://es.slideshare.net/comandantejacoba/partohumanizado-nueve-lunas>), consultada: 17 de septiembre de 2016.

**OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (OMM)**

- 2016 “Indicadores 2014 Mortalidad Materna en México”, en *OMM* ([http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES\\_2014\\_Web.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES_2014_Web.pdf)), consultada: 13 de noviembre de 2016.

**ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)**

- 1994 “Informe de la conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo”, en *Naciones Unidas* (<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>), consultada: 20 de agosto de 2016.

- 1995 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 4 -15 septiembre, Naciones Unidas, Beijing, China.
- 2008 “Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe”, en *CEPAL* ([http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2887/1/S2008004\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2887/1/S2008004_es.pdf)), consultada: 16 de noviembre de 2016.
- 2010 “Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010”, en *Naciones Unidas* ([http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf)), consultada: 19 de enero de 2017.
- 2015 Objetivos de Desarrollo Sostenible, en *Naciones Unidas* (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>), consultada: 17 de octubre de 2016.
- 2016 “Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica”, en *Naciones Unidas. Derechos Humanos, Oficina del alto comisionado, México* ([http://www.hchr.org.mx/images/doc\\_pub/GT-DiscriminacionMujeresInformeAnual.pdf](http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/GT-DiscriminacionMujeresInformeAnual.pdf)), consultada: 3 de noviembre.

#### ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA, (UNESCO)

- 2005 “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, en *UNESCO* ([http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)), consultada: 14 de noviembre de 2016.

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 1985 “Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. declaración de fortaleza 1985. Tecnología apropiada para el parto”, en *LANCET, traducida por ACPAM* ([http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)), consultada: 3 de junio de 2016.
- 2005 “Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!”, en *OMS* (<http://www.who.int/whr/2005/es/>), consultada: 7 de octubre de 2016.
- 2009 “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, en *WHO* ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)), consultada: 3 de marzo de 2017.



- 2010 “A global call to action: strengthening midwifery to save lives and promote health of women and newborns”, en WHO ([http://www.who.int/workforcealliance/media/events/2010/midwifery\\_jointstatement.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/media/events/2010/midwifery_jointstatement.pdf?ua=1)), consultada: 25 de noviembre de 2017.
- 2015 “Declaración de la oms sobre tasas de cesáreas”, en WHO ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)), consultada: 22 de noviembre de 2016.
- 2016 “Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care”, en WHO ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/midwives-voices-realities/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/midwives-voices-realities/en/)), consultada: 3 de enero de 2017.
- 2016a “What matters to women during pregnancy a different approach to antenatal care”, en WHO, *Sexual and reproductive health* ([http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/anc/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/anc/en/)), consultada: 24 de diciembre de 2016.

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

- 1978 “Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”, en *The Pan American Health Organization* ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en)), consultada: 13 de noviembre de 2016.
- 1994 *México y Bolivia: una experiencia en el trabajo con parteras tradicionales. Proyecto de cooperación entre países*, Secretaría de Salud México-Secretaría Nacional de Salud Bolivia. México, D. F.
- 2013 *La Maternidad de Atlacomulco: Modelo de atención de la mujer y del menor de 2 años, basado en la atención primaria a la salud del Estado de México*, OPS/OMS, México.

#### ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

- 1984 “Parteras tradicionales y planificación familiar”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 96, núm. 3, pp. 26-266.
- 2010 *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales*, OPS, CLAP-SMR, Montevideo.
- 2016 “Profesionales de Partería revisan su marco legal en América Latina y el Caribe”, en *Organización Panamericana de la Salud* ([http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_conten-](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_conten-)

t&view=article&id=376:profesionales-de-parteria-revisan-su-marco-legal-en-america-latina-y-caribe&Itemid=215&lang=es), consultada: 3 de diciembre de 2016.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA, SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (CLAP/SMR)**

2014 *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional en las Américas*, CLAP/SMR, Montevideo.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SEGURA EN MÉXICO (CPMS), FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS MÉXICO (UNFPA)**

2014 *Estado de las Parteras en el Mundo. Oportunidades y retos para México*, Ciudad de México.

**PARK, KATHERINE**

2008 “The Death of Isabella Della Volpe: Four Eyewitness Accounts of a Postmortem Caesarean Section in 1545”, en *Bull Hist Med*, vol. 82, pp. 169-187.

**PATIÑO TORRES, MARIO JOSÉ**

2007 “Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner”, en *Medicina Interna*, vol. 23, núm. 2, pp. 98-107.

**PELCASTRE, BLANCA Y OTROS**

2005 “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México”, en *Rev Esc Enferm USP*, vol. 39, núm. 4, pp. 375-382.

**PENYAK, LEE**

2003 “Obstetrics and the Emergence of Women in Mexico’s Medical Establishment”, en *The Americas*, vol. 60, núm. 1, pp. 59-85.

**PÉREZ CABRERA, IÑIGA Y MARÍA CRISTINA CASTAÑEDA GODÍNEZ**

2012 “Antecedentes históricos de las parteras en México”, en *Enfermería avanza*, (<http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>), consultada: 28 de septiembre de 2015.

**POZZIO, MARÍA RAQUEL**

- 2016 “La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica”, en *Revista de Estudios Feministas.*, vol. 24, núm. 1, pp. 101-117.

**PRIETO, IRIS, ESTHER DURANTE RINCÓN Y MARÍA ALEJANDRA RAMOS**

- 2008 “Experiencia educativa de la radio en América Latina”, en *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 14, núm. 1, pp. 63-72.

**PUEBLA DÍAZ, FERNANDO**

- 2005 “Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico”, en *Oncología*, vol. 28, núm. 3, pp. 139-143.

**QUATTROCCHI, PATRIZIA**

- 2007 “¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán”, en Quattrocchi, Patrizia y Miguel Güémez Pineda (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas-CIR-UADY-CEPHCIS-UNAM-INDEMAYA, México.

**RANGEL, FLORES YESICA**

- 2015 *Trascendencia de la capacitación institucional en los conocimientos. Habilidades y actitudes de parteras tradicionales y auxiliares de salud frente a las emergencias obstétricas*, Instituto de las Mujeres del estado de San Luis Potosí, San Luis Potosí.

**REYES, MANUEL Y OTROS**

- 2016 “Control prenatal en el primer nivel de atención”, en *Rev Mex Atención Primaria a la Salud* (<http://fliphtml5.com/nrfr/euss/basic>), consultada: 4 de noviembre de 2016.

**RIGAU PÉREZ, JOSÉ**

- 1995 “Surgery al the Service of Theology: Postmortem Cesarean Sections in Puerto Rico and the Royal Cedula of 1804”, en *Hispanic American Historical Review*, vol. 75, núm.3, pp. 377-404.

**RIZO, MARTA**

- 2011 “El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación”, en *portalcomunicación.com* ([http://www.portalcomunicacion.com/uploads/pdf/17\\_esp.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/uploads/pdf/17_esp.pdf)), consultada: 3 de noviembre de 2016.

**RODRÍGUEZ, LIZETH NAYELI Y SUSANA OVIEDO**

2016 “Parteras tradicionales: necesarias para atender salud de mujeres”, en Cimac Noticias (<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/72072>), consultada: 22 de diciembre de 2016.

**ROSADO GOROCICA, JOSUÉ, SIMÓN MONTTOYA LÓPEZ, KARLA R. DZUL ROSADO, JORGE E. ZAVALA CASTRO Y FERNANDO I. PUERTO**

2013 “Frecuencia, indicaciones y conocimiento de embarazadas sobre la cesárea: el caso de un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán”, en *Rev. Biomed* (<http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/62/74>), consultada: 19 de diciembre de 2016.

**ROUSSET, FRANÇOIS**

2010 *Caesarean Birth: The Work of François Rousset in Renaissance France. A New Treatise on Hysterotomotokie or Caesarian Childbirth*, Royal College Obstetrician and Gynaecologist, Londres.

**RUIZ OLABUÉNAGA, JOSÉ IGNACIO**

1999 *Metodología de la investigación cualitativa*, Universidad de Deusto, Bilbao.

**SACHSE, MATTHIAS Y OTROS**

2012 “Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca”, en *CONAMED*, (<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/325/602>), consultada: 29 de octubre de 2016.

**SALAS SEGURA, SUSANA, ZÁRATE GRAJALES, ROSA Y RUBIO DOMINGUEZ, SEVERINO**

2002 *Aportaciones de la enfermería en el sistema de salud. Estudio de caso*, ENEO-UNAM-Centro colaborador de la OMS, México.

**SÁNCHEZ PÉREZ Y OTROS**

1998 “La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?”, en *Salud Pública Mex*, vol. 40, núm. 6, pp.494-502.

**SÁNCHEZ RAMÍREZ, GEORGINA**

2013 *Condiciones de parteras indígenas en Chiapas*, El Colegio de la Frontera Sur, México (texto no publicado).

- 2015 *Imagen Instantánea de la Partería*, El Colegio de la Frontera Sur-Asociación Mexicana de Partería, México.
- 2016 *Espacios para parir diferente, un acercamiento a casas de parto en México*, El Colegio de la Frontera Sur, México.

#### SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP)

- 2014 “Reconocimiento de Validez Oficial”, en *Secretaría de Educación Pública*, ([http://www.sep.gob.mx/es/sep1/Revoe#.WUQxM-s1\\_IU](http://www.sep.gob.mx/es/sep1/Revoe#.WUQxM-s1_IU)), consultada: 30 de agosto de 2016.

#### SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 1996 *Informe de Avances. Programa de Ampliación de Cobertura*, Unidad Coordinadora Estatal- Gobierno del Estado de Chiapas, Chiapas, México.
- 2008 “Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud profesional”, en *El portal único del gobierno* (<http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>), consultada: 3 de septiembre de 2016.
- 2008a *Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida*, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud México, México, D. F.
- 2009 “Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México”. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, D. F.
- 2011 Partera tradicional indígena”, en *Trámites Dirección de personal-portal SSA-DGRH* ([http://dgrh.salud.gob.mx/Servicio\\_DIntdPuesyServPers\\_CatRamaMed.php](http://dgrh.salud.gob.mx/Servicio_DIntdPuesyServPers_CatRamaMed.php)), consultada: 25 de mayo de 2017.
- 2012 “El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud”, en *Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad* ([http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf)), consultada: 15 de noviembre de 2016.
- 2013 *Programa Sectorial de Salud 2013- 2018*, en *Diario Oficial de la Federación* ([http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326219&fecha==12/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha==12/12/2013)), consultada: 30 de abril de 2017

- ca. 2014 *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Cultural-SSA, México.
- s/f “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, en *Secretaría de Salud* ([https://www.google.com.mx/search?q=ley+general+de+salud+en+materia+de+prestaci%C3%B3n+de+servicios+de+atenci%C3%B3n+m%C3%A9dica+2016&rlz=1C1OPRB\\_enMX513MX514&oq=Ley+General+de+Salud+en+Materia+de+Prestaci%C3%B3n+de+Servicios+de&aqs=chrome.3.69157j0l5.3058](https://www.google.com.mx/search?q=ley+general+de+salud+en+materia+de+prestaci%C3%B3n+de+servicios+de+atenci%C3%B3n+m%C3%A9dica+2016&rlz=1C1OPRB_enMX513MX514&oq=Ley+General+de+Salud+en+Materia+de+Prestaci%C3%B3n+de+Servicios+de&aqs=chrome.3.69157j0l5.3058)), consultada: 3 de mayo de 2017.
- s/fa “Seguro Popular ¿Qué es?”, en *¿qué es el Seguro Popular?* (<http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1>), consultada: 22 de agosto de 2016.
- s/fb *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*, Secretaría de Salud, México.

#### SECRETARÍA DE SALUD / CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (SSA / CENETEC)

- 2014 “Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo”, en *IMSS\_052\_08\_GRR* ([http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf)), consultada: 19 de septiembre de 2016.
- 2014a “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, en *Catálogo Maestro Guía de Práctica Clínica [GPC]* (<http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=1479>), consultada: 30 de mayo de 2017.

#### SECRETARÍA DE SALUD (SSA) / DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS (DGRH)

- 2011 “Catálogo Sectorial de Puestos de la Rama Médica, Paramédica y Afín”, en *Servicio 74-Portal SSA-DGRH* (<http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicio74.php>), consultada: 30 de mayo de 2017.

#### SECRETARÍA DE SALUD (SSA) Y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

- 1986 *Parteras empíricas y atención materno infantil. Reflexiones a partir de la reunión técnica organizada en Tepoztlán, 6-9 de noviembre de 1985*, SSA-UNICEF.

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO (CIMIGEN), CON APOYO DE LA FUNDACIÓN MACARTHUR

2016 *Trabajo colaborativo para la formación de 11 Especialistas en Enfermería Perinatal* (texto no publicado).

SERVAT POBLETE, BERTA

2008 *Sociología para educadores. Fundamentos para el análisis de hechos socio educativos*, Universidad Católica de Chile, Santiago.

SESIA, PAOLA

2009 “Muerte materna y desigualdad social”, en Graciela Freyermuth y Paola M, Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 201-217.

SMITH-OKA, VANIA

2013 “Es mejor tener pocos. Las decisiones de las mujeres nahuas respecto a la planificación familiar”, en Jesús Ruvalcaba (edit), *La Tercera Realidad: La Huasteca como Espejo Cultura*, El Colegio de San Luis-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, San Luis Potosí, pp. 67-86.

SOSA LÓPEZ, CONSUELO ROSA

2006 La etiología de la mortalidad prenatal en México (1870-1930), en *Conceptos, imágenes y representaciones de la salud y la enfermedad en México. Siglos XIX y XX*, INAH, México.

SOSENSKI, SUSANA

2010 *Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934*, El Colegio de México, México.

STAPLETON, SUSAN, CARA OSBORNE Y JESSICA ILLUZZI

2013 “Outcomes of care in birth centers”, en *J Midwifery & Women's Health*, vol. 58, núm. 1, pp. 3-14.

STARRS, ANN

1987 *La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo*, Banco Mundial-OMS-UNFPA, Nairobi.

**STERN, ALEXANDRA**

- 2002 "Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940", en Laura Chconscien (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, El Colegio de Michoacán-Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, México, pp. 303-348.

**STERN, CLAUDIO Y JAVIER ECHARRI (COMPS.)**

- 2000 *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, Colmex México.

**STERN, CLAUDIO Y JUAN GUILLERMO FIGUEROA (COORDS.)**

- 2001 *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, Colmex, México.

**SUÁREZ LÓPEZ, LETICIA Y OTROS**

- 2013 "Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México", en *Salud Pública*, México, vol. 55, núm. 2, pp. S225-S234.

**THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES**

- 2016 "Position Statement. Continuity of midwife-led care", en *The Royal College of Midwives* (<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20midwife-led%20care.pdf>), consultada: 19 de diciembre de 2016.

**TILDEN ELLEN Y OTROS**

- 2014 "Group Prenatal Care: Review of Outcomes and Recommendations for Model Implementation", en *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 69, núm. 1, pp. 46-55.

**TINOCO MARQUINA, ALINE Y ANTHONY CASWELL-PÉREZ**

- 2013 *Lactancia y Maternidad en México. Retos ante la inequidad*, Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A. C.-Save the Children, México.

**TORNQUIST, CARMEN Y FERNANDA LINO**

- 2005 "Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar" en *Intersecciones en antropología*, vol. 6, pp. 211-217.



**TORRES BARRERA, SARA Y ELVIA ZAMBRANO LIZÁRRAGA**

2010 “Breve historia de la educación de la enfermería en México”, en *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, vol. 18, Núm. 2, pp. 105-110.

**TORRES GALÁN, JOSEFINA Y JOSÉ SANFILIPPO Y BORRÁS**

2016 “El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la Ciudad de México (1888-1911)”, en *Tzintzun Revista de estudios históricos*, núm. 64, pp. 139-164.

**TRUDNAK, TARA Y OTROS**

2013 “Outcomes of Latina women in centering pregnancy group prenatal care compared with individual prenatal care”, en *J Midwifery & Women’s Health*, vol. 58, núm. 4, pp. 396-403.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)**

1996 Plan Único de Especialización en Enfermería, ENEO-UNAM, México.

**URIBE ELÍAS, ROBERTO**

2007 “La cirugía mexicana en ginecología y obstetricia durante el siglo XIX”, en *Cirugía y Cirujanos*, vol. 75, pp. 139-144.

**VARGAS GARCÍA, CARLOS Y OTROS**

1999 “Atención primaria a la salud perinatal con enfoque de riesgo”, en *Rev. Perinatología y Salud Reproductiva del INPer*, vol. 13, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 264-270.

**VEGA, ROOSALYNN**

2016 “Narrativas del Padecer”, en Conferencia en el marco de las actividades pre-coloquio del Seminario Permanente, 24 de mayo de 2016, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

**VICEDO TOMEY, AGUSTÍN,**

2002 “Abraham Flexner, pionero de la educación médica”, en *Educación Médica Superior*, vol. 16, núm. 2, pp. 156-163.

**VILLANUEVA EGAN, LUIS ALBERTO Y RAFFAELA SCHIAVON-ERMANI**

2013 “Intervenciones Latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna”, en *Revista CONAMED*, vol. 18, núm. 1, pp. 21-30.

**VILLANUEVA HERNÁNDEZ, OLLINCA I.**

- 2015 “Atención materna en Chiapas: reflexiones en torno al modelo de atención institucionalizado”, en Graciela Freyermuth (coord.), *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, (texto no publicado).

**WALKER, DILYS Y OTROS**

- 2011 *El uso y rol de proveedores no médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad*, INSP-INMUJERES, México.
- 2012 “Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare with World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines?”, en *J Midwifery & Women’s Health*, vol. 57, núm. 1, pp. 18-27.
- 2012a “The Evaluating Alternative Models of Obstetric Care in Mexico Research Team. Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare with World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines?”, en *J of Midwifery & Women’s Health*, vol. 57, núm 1, pp. 18-27.

**WERNHAM, ELLI Y OTROS**

- 2016 “A comparison of midwife-led and medical-led models of care and their relationship to adverse fetal and neonatal outcomes: A retrospective cohort study in New Zealand”, en *PLOS Medicine* (<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002134>), consultada: 14 de noviembre de 2016.

**WIYSONGE, CHARLES SHEY**

- 2009 “Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil: Comentario de la BSR”, en *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

**WOOLCOCK, HELEN, JOHN THEARLE Y KAY SAUNDERS**

- 1997 “My Beloved Chloroform’. Attitudes to Childbearing in Colonial Queensland: A Case Study”, en *Social history of medicine*, vol. 10, núm. 3, pp. 437-457.

## Bases de datos y otras fuentes

### ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN (AGN)/ TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL (TSJDF)

AGN-TSJDF "Felipa Rico Vega, homicidio y aborto (19 de mayo de 1935)", caja 2822, exp. 444898.

### CÁMARA DE DIPUTADOS

1943 "Diario de Debates, Legislatura XXXIX- año 1-periodo ordinario- 16 al 24 de diciembre de 1943- número de diario 29" en *Dirección General de Crónica Parlamentaria, Cámara de diputados* (<http://cronica.diputados.gob.mx/>), consultada: 8 de septiembre de 2012.

### DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)/ SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2002-2015 "Mortalidad Materna", en *Bases de datos en Formato de Cubo Dinámico 2002-2015* ([http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html)), consultada : 28 de julio de 2015.



## Grupos focales

- 2007 Grupo focal, parteras indígenas de la etnia tojolabal y no indígenas, evaluación proyecto Casa de la Partera, 15 años en Chiapas, México, 13 de mayo, Casa Materna, Las Margaritas, Chiapas.
- 2011 Grupo focal, parteras indígenas, hablantes de tzeltal, evaluación proyecto Casa de la Partera, 15 años en Chiapas, México, 4 de junio, Casa materna, Muquenal, Chilón, Chiapas.
- 2014 Grupo focal, parteras tradicionales. Propuesta para la inclusión de las parteras tradicionales en el primer nivel de atención: el caso de Atoyac de Álvarez, Guerrero, Atoyac de Álvarez, Guerrero.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 1 de agosto, Aldama, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 16 de julio, Chalchihuitán, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 5 de julio, Chalchihuitán, Chiapas.

- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 14 de julio, Chanal, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 23 de julio, Huixtán Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 18 de julio, Santiago el Pinar, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. Lo que dicen las parteras tradicionales sobre su participación en la formación de parteras profesionales, 16 de julio, San Juan Cancuc, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería, 26 de febrero, Erongarícuaro, Michoacán.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería, 6 de junio, Jiutepec, Morelos.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería, 11 de septiembre, Comitán, Chiapas.
- 2016 Grupo focal, parteras tradicionales. La partería tradicional en México: experiencias de vinculación desde la Asociación Mexicana de Partería, 13 de junio, Tlapa, Guerrero.

## Reseña de autores

### *Cecilia Guadalupe Acero Vidal*

Licenciada en Antropología Social por la UNACH; maestra en Antropología Social por el CIESAS, y doctorante en Antropología Social por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. ceciliaacero@hotmail.com

### *Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal*

Doctora en Ciencias en Sistemas de Salud por el INSP; maestra en Salud Pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y maestra en Investigación Participativa para el Desarrollo Local por la UCM, España. Es capacitadora y colaboradora en el Proyecto Consulta Prenatal en Grupo en el INSP. jacqueline.alcalde@insp.mx

### *Cristina Alonso Lord*

Licenciada en Antropología, maestra en Salud Pública y Partera Profesional certificada por el Registro Norteamericano de Parteras. Es fundadora de las Casas de Parto Luna Maya en Chiapas y la Ciudad de México. Ha publicado artículos describiendo el modelo femi focal de Luna Maya. Es educadora de parteras e impulsadora del Modelo de Partería. Fue miembro del Consejo Directivo de la Alianza de Parteras de Norteamérica, y miembro fundador y presidenta de la Asociación Mexicana de Partería de 2014 a 2017. cris.alonso@gmail.com lunamaya.org

*Zafiro Andrade Romo*

Médica Cirujana y Partera por la UAG y maestra en Ciencias en Sistemas de Salud por la ESPM. Sus áreas de interés son: VIH/SIDA, salud reproductiva, migración y poblaciones vulnerables, necesidades de salud, salud sexual y mental en población LGBT, calidad de la atención y diseño de intervenciones. [zafiro.andrade@insp.mx](mailto:zafiro.andrade@insp.mx)

*Lucille C. Atkin*

Doctora en Filosofía, desarrollo infantil y estudios familiares por la Universidad Cornell. Fue Oficial Superior de Programas de la Fundación Ford en México. Se desempeñó como vicepresidenta internacional y directora del Centro Internacional Margaret Sanger, donde dirigió programas regionales de salud sexual y reproductiva en el sur de África, Asia, América Latina y el Caribe. Es codirectora de consultora Colibrí, que da orientación a organizaciones sin fines de lucro en el desarrollo de sus planes de monitoreo y evaluación, talleres sobre sexualidad y promoción de equidad de género. [lucyatkin@earthlink.net](mailto:lucyatkin@earthlink.net)

*Sharon Bissell*

Licenciada en Letras por el Colegio Whitman y Maestra en Letras por la Universidad de Tulane, EUA. Sus áreas de interés son: género, salud sexual reproductiva y derechos humanos. Forma parte de la Fundación MacArthur desde 2001, donde actualmente es directora de la Oficina de México, que brinda donaciones a organizaciones de la sociedad civil en materia de salud reproductiva y derechos humanos. Ha realizado consultorías a organizaciones civiles y docencia en países como Estados Unidos, México, Puerto Rico y Japón.

*Ilian Blanco*

Licenciada en Psicología por la BUAP; doctora en Psicología Social, y maestra en Intervención Ambiental por la UB, en España. Coordina el proyecto Integración de las parteras profesionales en el sistema de salud de México. [iblanco67@gmail.com](mailto:iblanco67@gmail.com)

*Dunia Verona Campos Rodríguez*

Licenciada en Comunicación Social. Tiene experiencia en medios de comunicación y docencia universitaria. Ha realizado actividades de promoción y defensa de los derechos reproductivos de las mujeres. Es doula y terapeuta con experiencia en el embarazo, el parto y el postparto. Trabaja en Luna Maya CdMx. [duniaverona@gmail.com](mailto:duniaverona@gmail.com)



*Alma Leticia Corpus Martínez*

Licenciada en Economía. Es responsable del Programa de Fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de género del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. [alcm\\_19@hotmail.com](mailto:alcm_19@hotmail.com)

*Blair Darney*

Doctora en Investigación en Servicios de Salud por la uw, en EUA. Tiene un postdoctorado en Investigación en Servicios de Salud, Agencia para la Investigación en Salud y Calidad, por la Universidad de Oregon, en EUA y es maestra en Salud Global por la Universidad de Yale, en EUA. Es colaboradora del Proyecto Consulta Prenatal en Grupo en el INSP. [bgdarney@gmail.com](mailto:bgdarney@gmail.com)

*Azalia Donahí Enríquez García*

Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Es responsable del Centro de documentación especializada en género, y del Programa de difusión del área de investigación y evaluación de políticas del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. [azaenga@mns.com](mailto:azaenga@mns.com)

*Mariana Fernández Guerrero*

Licenciada en Derecho. Tiene experiencia en el análisis y la elaboración de propuestas para reformular marcos normativos y políticas públicas con un enfoque de género; en el diseño de programas y material didáctico para la capacitación de mujeres en edad reproductiva y parteras tradicionales; en el diseño y la evaluación de proyectos sociales, y en la administración educativa. [mfernandez@cisc.org.mx](mailto:mfernandez@cisc.org.mx)

*Delia Flores Pimentel*

Licenciada en Enfermería por la UAEM y maestra en Ciencias de la Salud: Salud Pública por la misma universidad. Ha colaborado como entrevistadora del personal de salud y las mujeres usuarias en estudios del INSP. [delia.flores@insp.mx](mailto:delia.flores@insp.mx)

*María Graciela Freyermuth Enciso*

Médica cirujana, con doctorado en Antropología social por la UNAM, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Investigadora y profesora de tiempo completo del CIESAS, Unidad Sureste. Fundadora y consultora académica del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social y Medición de la Pobreza (2006-2010). También se desempeñó como Secretaría Ejecutiva del Comité Promotor por una

Maternidad Segura en México. Miembro fundador de ACASAC.  
gracielafreyermuth54@hotmail.com

*Jimena Fritz*

Médica Cirujana por la UNAM; maestra en Ciencias de la Salud, y doctora en Ciencias de la Salud Pública en Epidemiología por el INSP. Es investigadora Nivel 1 del SNI, y coordinadora General del Proyecto Marco. jimena.fritz@insp.mx

*Evelyn Fuentes Rivera*

Economista por el Centro Sindical de Estudios Superiores de la CTM y maestra en Ciencias en Economía de la Salud por la ESPM. Es investigadora asistente en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Colabora en proyectos de investigación sobre anticoncepción, aborto legal y salud materna en México. evelyn.fuentes@insp.mx

*Abraham de Jesús García*

Médico y maestro en Ciencias Médicas. Colabora con el grupo Promotores de Salud Indígena de Xochistlahuaca, Guerrero, en donde ejerce su profesión, y apoya a las parteras de ese municipio. jndye@hotmail.com

*Francisco Garrido Latorre*

Médico Cirujano (UH, Cuba); maestro en Salud Pública; maestro en Ciencias en Epidemiología, y doctor en Salud Pública (INSP). Es el Investigador Principal del Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería en el INSP. fgarridolato@gmail.com

*David Gasga Salinas*

Médico e investigador en el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la UAG. dgazga@yahoo.com.mx

*Gabriela Gil Veloz*

Licenciada en Filosofía y Ciencias Sociales por el ITESO y maestra en Antropología Social por CIESAS Sureste. Ha hecho trabajo de campo en la sierra Huichola y la sierra Tarahumara. Sus áreas de interés son: relaciones interétnicas e intergeneracionales, parentesco, matrimonio, partería, antropología médica, antropología de la religión y género. Trabaja en proyectos de investigación en Antropología Médica en el CIESAS Sureste. gabygilv@gmail.com

*Irazú Gómez García*

Licenciada en Historia por la UNAM y maestrante en Antropología por la UNAM. Colabora en proyectos productivos de autogestión orientados a la salud comunitaria en la región de los Altos de Chiapas. irazu\_gomez@hotmail.com

*Viridiana Gómez Padilla*

Antropóloga Social por la UAM. Ha colaborado como entrevistadora del personal de salud y las mujeres usuarias en estudios del INSP. viridianagomez@gmail.com

*Dolores González Hernández*

Licenciada en Sociología y maestra en Desarrollo Rural por la UAM. Es co-investigadora del proyecto Estrategia del Curso AMBAR en 3 Redes de Atención en el INSP. dgonzale@insp.mx

*Adriana Granados*

Psicóloga por la UV. Forma parte del equipo encargado de evaluar la integración de las parteras profesionales en el sistema de salud en México, en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CIS) del INSP. adrianaGranados85@hotmail.com

*José Francisco Hernández Ruiz*

Licenciado en Economía por la UACH y maestro en Atención a la Diversidad, por el IME Chiapas. Es técnico académico titular en el Departamento Agricultura, Sociedad y Ambiente, y pertenece al grupo académico Estudios Socioambientales y Gestión Territorial de ECOSUR. jfhernan@ecosur.mx

*Carmelita Herrera Torres*

Licenciada en medicina por la UACH; tiene una especialidad en Salud Pública en la UV, y es maestra en Recursos Naturales con énfasis en Salud Comunitaria por el ECOSUR. Trabaja como médica especialista en el Hospital de Las Culturas, en San Cristóbal de Las Casas; es coordinadora general de Casa de la Partera, y socia activa de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. carmelita630729@hotmail.com

*Lorena Ibargiuen Tinley*

Doctora en Desarrollo Internacional por la Universidad de East Anglia en el Reino Unido. Realizó un pos-doctorado en el Instituto Mora. Áreas de interés: temas de política pública y desarrollo social,

el empoderamiento de la mujer, los derechos a la salud sexual y reproductiva y el modelo de parto en México. Ha realizado docencia sobre cooperación internacional y salud. Es consultora en temas de salud reproductiva y promoción de la partería profesional.  
ibarguenlorena@hotmail.com

*Mercedes Juárez*

Maestra en Evaluación y Planificación en Salud por la Universidad de Londres, y maestra en Medicina Social por la UAM. Entre 2002 y 2007 dirigió el programa de Género, Etnicidad y Salud, OPS/Washington, y el programa Género y Salud en la Oficina Europea de la OMS (Copenhague). Fue asesora regional del Sudeste Asiático de la OMS en Género y Salud (Nueva Delhi), y asesora de OMS para Género y Salud (Ginebra). Tiene cargos académicos, docencia e investigación como profesora de la UAM y la UNAM. juarezmercedes@gmail.com

*Laurie Jurkiewicz*

Profesora Clínica Asistente en el Departamento de Ginecología, Obstetricia y Ciencias Reproductivas de la UCSF, en EUA.  
laurie.jurkiewicz@ucsf.edu

*Kimberli Keith-Brown*

Licenciada en Letras y Relaciones Internacionales por la Universidad de Redlands. Maestra en Ley Internacional de Derechos Humanos y Desarrollo Socioeconómico por la Universidad Tufts. Fue Oficial de programa para América Latina y el Caribe de la Fundación Nacional para la Democracia de Estados Unidos y se desempeñó como Representante interina y Oficial de programa para la gobernanza y la sociedad civil de la Fundación Ford en México y América Central. Es Consultora Independiente en Desarrollo Organizacional, Evaluación de Programas y Planificación Estratégica. kkeithbrown@yahoo.com

*Héctor Lamadrid Figueroa*

Médico Cirujano por la UAEM y maestro en Ciencias de la Salud, y doctor en Ciencias en Epidemiología por el INSP. Es investigador Nivel 2 del SNI, e investigador principal del proyecto Estrategia del Curso AMBAR en 3 Redes de Atención en el INSP. hlamadrid@insp.mx

*José Legorreta Soberanis*

Médico Pediatra y maestro en Ciencias Médicas. Es director del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la UAG. jlegorreta@ciet.org

*Eugenia Likar*

Licenciada en Psicología Clínica por la UNC, en Argentina. Está cursando la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica en la APM. Ha trabajado como psicoterapeuta en el ámbito privado y en organizaciones feministas de la sociedad civil. Es oficial de proyectos del Programa de Formación del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C. (ILSB). escuela regional@ilsb.org.mx

*Brenda Izuedth Lira Guevara*

Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Maestra en Comunicación Social mención Comunicación y Educación por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se desempeña como asesora de estrategias de comunicación y educación y campañas en sectores vulnerables. Asesora de campañas comunicacionales de la Fundación Belén Educa (Chile) y de ACAS A. C. (México). brenda.lirag@gmail.com

*Norma Erika López Morales*

Hablante de lengua tzeltal. Pasante de la licenciatura en Lengua y Cultura por la UNICH. Proceso de titulación en línea de la especialización en estudios interculturales y religiosos. Es colaboradora en la organización Sakil Nichim Antsetik. erikazadkiel@hotmail.com

*Rafael Lozano Ascencio*

Profesor de Salud Global en el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) de la UW, en EUA. Colabora en el Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería en el INSP. lozamaro@gmail.com

*Pablo Martínez Garrido*

Licenciado en Comercio y Relaciones Internacionales por la UMC y maestrante en Sistema de Salud por el INSP. Ha colaborado como entrevistador del personal de salud y las mujeres usuarias, y como apoyo logístico y administrativo en estudios realizados por el INSP. pablo.martinez@insp.mx

*Imelda Martínez Hernández*

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Tiene experiencia en el diseño y la implementación de proyectos de investigación y acción enfocados en la salud sexual y reproductiva y en la maternidad responsable, así como en la gestión con actores clave de instituciones gubernamentales de educación y salud. [imartine@cisc.org.mx](mailto:imartine@cisc.org.mx)

*Cynthia Marilui Martínez Villarruel*

Maestra en Antropología Sociocultural por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélez Pliego" de la BUAP y estudiante de Doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo: Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. [mariluimvillarruel@gmail.com](mailto:mariluimvillarruel@gmail.com)

*David Meléndez Navarro*

Médico cirujano por la UAM. Ha coordinado intervenciones de Médicos Sin Fronteras Holanda y con la Cruz Roja. Es secretario nacional del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. [davidmelendenz10@gmail.com](mailto:davidmelendenz10@gmail.com)

*Viaani Coral Mendoza López*

Licenciada en Antropología Social por el Instituto de Investigaciones Sociológicas de la UABJO. Ha colaborado en proyectos relacionados con la salud materna y reproductiva en diversas comunidades indígenas de los estados de Yucatán, Quintana Roo y Chiapas. [iisuabjovcml@hotmail.com](mailto:iisuabjovcml@hotmail.com)

*Mariana Yulian Montaña Sosa*

Médica general por la UNAM. Es coordinadora de Salud Materna en Compañeros en Salud - *Partners In Health* México. Áreas de interés: eliminación de la violencia obstétrica, fortalecimiento del sector público y mejora de la calidad de los servicios de salud para el acceso de la población vulnerable. [mmontano@pih.org](mailto:mmontano@pih.org)

*Pablo Montero Zamora*

Licenciado en Odontología por la UCR, en Costa Rica y maestro en Ciencias en Epidemiología por el INSP. Coordinó el Curso AMBAR en el INSP. [mahutero@gmail.com](mailto:mahutero@gmail.com)

*Alejandra Montoya Rodríguez*

Actuaria con especialidad en Estadística Aplicada por el Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas de la UNAM; maestra en Ciencias de la Salud en Bioestadística, y doctorante en Epidemiología por el INSP. Es co-investigadora del proyecto Estrategia del Curso AMBAR en 3 Redes de Atención en el INSP. alejandra.montoya@insp.mx

*Teresa Moshan Cosh*

Hablante de la lengua tsotsil. Licenciada en Teología y técnica en Salud Comunitaria. Es intérprete para trabajo de campo y colaboradora de la organización Sakil Nichim Antsetik en proyectos de fortalecimiento de la partería profesional para jóvenes indígenas. there-04@hotmail.com

*Jenna Murray de López*

Doctora en Antropología Médica y profesora en Salud Global y Humanitarismo en la Universidad de Manchester, Reino Unido. Sus áreas de interés son la vida familiar, las relaciones íntimas y la perspectiva del curso de vida en las sociedades afectadas por la violencia o el conflicto. jenna.murray@manchester.ac.uk

*Alma Ochoa Moctezuma*

Periodista por la UV. Ha coordinado trabajo de campo en investigaciones para la UANL. Es coordinadora de Comunicación del CPMS-México. asistente.cpms@gmail.com

*Marisela Olvera García*

Cirujana dentista por la UNAM y maestra en Ciencias de la Salud por el INSP. Ha colaborado como entrevistadora del personal de salud y las mujeres usuarias en estudios del INSP. marisela.olvera@insp.mx

*Susana Oviedo Bautista*

Activista, feminista descolonial, defensora de los Derechos Humanos en la organización CRZ. zuzaneba@gmail.com

*Sergio Paredes Solís*

Doctor en Epidemiología; profesor-investigador en el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la UAG. Es integrante del Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero. sparedes@ciet.org

*Aracelly María Pereira Patrón*

Licenciada en Antropología Social por la UADY, y maestra en Antropología Social por el CIESAS. Sus áreas de interés son: antropología médica, diabetes en hombres y mujeres de Yucatán, salud reproductiva y materna. Asistente de investigación en el CIESAS-Sureste. aracellypereira@hotmail.com

*Herlinda Pérez Ara*

Licenciada en Lengua y Cultura por la UNICH. Es ayudante de partera e integrante del colectivo Tam yach'íl kuxlejaletik (Quienes reciben una nueva vida). eli.jofiel\_ara@hotmail.com

*Dayana Pineda*

Licenciada en Nutrición por la UAT y maestra en Ciencias de la Salud por el INSP. Es subdirectora de Evaluación de los Servicios no Personales de Salud en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. Forma parte del equipo encargado de evaluar la integración de las parteras profesionales en el sistema de salud en México, en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del INSP. dayana.pineda.perez.2016@gmail.com

*Alba Rocío Ramírez Pérez*

Licenciada en Gestión y Autodesarrollo Indígena por la Universidad Autónoma de Chiapas. Sus áreas de especialización son: antropología médica, salud materna, mujeres y parteras. alba.rmz@live.com

*Andrea Reyes Gutiérrez*

Médica General y maestra en Salud Global. Fue coordinadora del programa de Salud Materna de Compañeros En Salud. areyes@pih.org

*Emma Reyes Rosas*

Integrante del CPMS-México y miembro fundador, en 1994, del Comité promotor por una Maternidad segura en Veracruz. Es especialista en género y salud. emmaria2002@yahoo.com.mx

*Lizeth Nayeli Rodríguez Flores*

Maestra en Ciencias en Desarrollo Rural Regional de la UACH (2012-2014). Activista, feminista descolonial e investigadora social en la organización CRZ. nayuki26@gmail.com



*Anabel Rojas Carmona*

Licenciada en Psicología por la BUAP; maestra en Salud Pública por el INSP. Es investigadora asociada en Centro Colaborador OPS-OMS para la Investigación de Lesiones y Violencia, INSP. [anabel.rojas@live.com](mailto:anabel.rojas@live.com)

*Ana Cristina Rosado Medina*

Licenciada en Historia con línea de formación en Divulgación de la Historia por el Instituto Mora. Enfocó su *International Postgraduate Certificate in Education* (avalado por la Universidad de Buckingham) en la enseñanza de la Historia. Está cursando la Maestría en Historia Contemporánea en la UNAM. [ac.rosadomedina@gmail.com](mailto:ac.rosadomedina@gmail.com)

*Ondine Rosenthal Sievers*

Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Es directora ejecutiva de Mujeres Aliadas, A. C. [ondine.rosenthal@gmail.com](mailto:ondine.rosenthal@gmail.com)

*Nancy Salmerón*

Licenciada en Psicología Social por la UAM, y está cursando la Maestría en Derechos Humanos y Democracia en la Flacso. Es coordinadora del programa de Formación del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (ILSB). Ha colaborado con instituciones gubernamentales y académicas para incorporar la perspectiva de género en sus políticas internas o impulsar acciones de política pública para la igualdad de género. [coordinacionformacion@ilsb.org.mx](mailto:coordinacionformacion@ilsb.org.mx)

*Georgina Sánchez Ramírez*

Maestra en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Doctora en Sexualidad, por la Universidad de Salamanca, España. Profesora Investigadora del Departamento de Salud de ECOSUR. Es integrante del Sistema Nacional de Investigación de Conacyt. Sus temas de interés son salud sexual y reproductiva, con énfasis en parto respetado, la partería y la crianza desde el enfoque de género y salud, así como la construcción de indicadores sociodemográficos desde el enfoque de género. Ha sido consultora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [gsanchez@ecosur.mx](mailto:gsanchez@ecosur.mx).

*Miriam Santivañez*

Licenciada en Enfermería; maestra en Salud Pública por la UPCH, en Perú, y candidata a Magister en Gerencia Social por la PUCP, también

en Perú. Tiene experiencia en la gestión de proyectos en salud materno infantil, y evaluación en programas de salud y desarrollo. Es estudiante del Programa del Doctorado en Ciencias en Sistemas en Salud en el INSP. [miriam.santivanez@espm.insp.mx](mailto:miriam.santivanez@espm.insp.mx)

#### *Juan Sántiz Girón*

Licenciado en Desarrollo Sustentable en la UNICH, y técnico académico titular en el departamento de Sociedad y cultura de ECOSUR. Sus áreas de interés son: estudios de migración y procesos de salud comunitaria. [jsantiz@ecosur.mx](mailto:jsantiz@ecosur.mx)

#### *María del Socorro Segovia Leyva*

Licenciada en Enfermería y maestra en Educación, con especialidad en Docencia. Es integrante del Observatorio de Mortalidad Materna de San Luis Potosí, y directora de Investigación y Evaluación de Políticas del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí. [observatoriociudadanoslp@hotmail.com](mailto:observatoriociudadanoslp@hotmail.com)

#### *Paola Sesia*

Doctora en Antropología socio-cultural con especialización en antropología médica por la Universidad de Arizona. Profesora e investigadora del CIESAS, Unidad Pacífico Sur. Es integrante del equipo de evaluación de la Iniciativa de Partería en México. [paolasesia@yahoo.com.mx](mailto:paolasesia@yahoo.com.mx)

#### *Aline Tinoco Marquina*

Licenciada en Nutrición por la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, y maestra en Salud Pública por la London Metropolitan University; Health & Wellness Coach por la escuela Wellcoaches. Experiencia laboral en organizaciones internacionales como Action Against Hunger y Save the Children. Es consultora en proyectos con la Secretaría de Relaciones Exteriores, Oxfam. Trabaja en un proyecto propio como Health & Wellness Coach. [tinocoaline@gmail.com](mailto:tinocoaline@gmail.com)

#### *Rolando Tinoco Ojanguren*

Maestro en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural por ECOSUR, y técnico académico titular adscrito al Grupo Académico Estudios de Género de ECOSUR. Sus áreas de especialización son: representaciones sociales del género, transversalidad de género, evaluación de programas y políticas para la equidad de género, metodo-

logías cualitativas y construcción colectiva de conocimiento. rtinoco@ecosur.mx

*Sandra Guadalupe Treviño Siller*

Licenciada en Antropología por la UAM; maestra en Planeación Metropolitana por la UAM, y doctora en Antropología por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. Es co-investigadora del proyecto Estrategia del Curso AMBAR en tres Redes de Atención en el INSP. sandra.trevino@insp.mx

*Gloria de los Ángeles Uicab Pool*

Doctora en Enfermería en Salud Pública con Reconocimiento del Perfil PRODEP, SEP y Recertificación Docente en Enfermería COMCE. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería de la UADY. Sus áreas de interés son: antropología de la salud en grupos vulnerables, salud reproductiva, interculturalidad, determinantes sociales y promoción de la salud en comunidades marginadas. guicabpool@gmail.com

*Geovani Valtierra Gil*

Antropólogo. Labora en Radio Ñomndaa “La palabra del agua” en el Municipio de Xochistlahuaca, Guerrero. natsjom@hotmail.com

*Bianca Vargas Escamilla*

Médica general y maestra en Ciencias Sociomédicas y Antropología en Salud por la UNAM. Coordina el proyecto Mujeres Aliadas, A. C. biancavescamilla@gmail.com

*Sebastiana Vázquez Gómez*

Líder indígena desde 1999. Partera tradicional; promotora de salud materna, salud sexual reproductiva, y de los derechos de las mujeres en poblaciones indígenas. Ha sido asistente de investigación en los últimos 15 años; ha coordinado diferentes proyectos de formación dirigidos a parteras tradicionales e indígenas monolingües. Es socia de ACAS A. C. y fundadora de la organización Sakil Nichim Antsetik. sebastiana1200@hotmail.com

*Marisol Vega Macedo*

Licenciada en Nutrición por la UAM - Xochimilco, y maestra en Ciencias de la Salud con especialidad en Nutrición Poblacional por el INSP. Es fundadora de la Alianza por la Salud, Alimentación y

Nutrición en Chiapas (ASAN), y miembro de la Red por los Derechos de la infancia en Chiapas (Redias). marisolvegam@hotmail.com

*Erika Velázquez Gutiérrez*

Licenciada en Derecho. Es directora general del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES).  
erikavelazquegutierrez@gmail.com

*Ollinca I. Villanueva Hernández*

Licenciada en Psicología y maestra en Antropología Social por el CIESAS. Sus áreas de interés y de trabajo son: género, migración centroamericana en la frontera México- Guatemala, y salud reproductiva de las mujeres en México y Latinoamérica. ollinca\_@hotmail.com

*Martha W. Rees*

Doctora en Antropología. Sus áreas de especialización son: la antropología económica, la migración y la reforma migratoria, el trabajo de la mujer, y la seguridad y la salud de los trabajadores, así como la formación de parteras en México y Guatemala. Ha trabajado en la UNAM, el INI, y la UAM, en México, y en el Agnes Scott College y la UC, en EUA. mwrees@gmail.com

# Reseña organizaciones

## *Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)*

Asociación civil sin fines de lucro, fundada en 1992. Tiene la misión de promover y defender los derechos reproductivos de las mujeres en el marco de los derechos humanos. Defienden a mujeres, jóvenes y niñas cuyos derechos han sido violados, para generar una cultura de garantía y ejercicio de dichos derechos. Trabajan para incidir en el fortalecimiento del marco normativo y de políticas públicas en materia de derechos reproductivos en los ámbitos federal y estatal.

## *Gynuity Health Projects (Gynuity)*

Organización no gubernamental con sede en EUA, que colabora con entidades como la OMS, la ICM y la FIGO, para asegurar que la evidencia científica y las mejores prácticas se incorporen a las regulaciones nacionales e internacionales, y que dicha evidencia se difunda ampliamente. Gynuity colabora en México desde 2007, con varias instituciones públicas y privadas, en la investigación clínica y operativa en materia de salud reproductiva y materna; en la capacitación de profesionales de la salud, y brindando apoyo técnico a los gobiernos y los sistemas de salud.

*Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento y su contribución al sistema de salud (CIMIGEN)*

Institución de asistencia privada, no gubernamental y sin fines de lucro, que presta servicios de salud abarcando la promoción, la investigación, la educación y la capacitación en el área materno infantil, a través del servicio asistencial dedicado a la población de escasos recursos.

# Siglas y acrónimos

## A

ACAS A. C.	Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AEM	Asociación Española de Matronas
AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados
AGN	Archivo General de la Nación
AHFM	Archivo Histórico de la Facultad de Medicina.
AMBAR	Atención a la mujer y al recién nacido basada en evidencia
AME	Atención a la mujer embarazada
AMP	Asociación Mexicana de Partería
ANUIES	Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior
APM	Asociación Psicoanalítica Mexicana
APV	Programa Arranque Parejo en la Vida
ASAN	Alianza por la Salud, Alimentación y Nutrición en Chiapas

**B**

**BUAP** Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**C**

**CASA** Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, A. C.

**CC** Campos Clínicos

**CDI** Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

**Celali** Centro de Lenguas, Arte y Literatura Indígena

**CENETEC** Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

**CES** Compañeros En Salud

**CIDHAL** Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina

**CIESAS** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social

**CIEES** Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior

**CIET** Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales

**CIFRHS** Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

**CIM** Confederación Internacional de Matronas

**CIMIGEN** Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento

**CISC** Centro de Investigaciones en Salud Comitán, A. C.

**CISS** Centro de Investigación en Sistemas de Salud

**CLAP/SMR** Centro Latinoamericano de Perinatología.

Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva

**CNDH** Comisión Nacional de Derechos Humanos

**CNEGySR** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**CNIR** Comisión Nacional de Internados y Residencia

**Cofepris** Comisión Federal Para La Protección Contra Riesgos Sanitarios

**COMACE** Consejo Mexicano para la Acreditación de la Enfermería



COMCE	Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A. C.
Conaculta	Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
Conamed	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
Coplade	Comité Estatal de Planeación del Desarrollo
Coplamar	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
CP	Casas de Parto
CP	Control Prenatal
CPG	Consulta Prenatal en Grupo
CPMS	Comité Promotor por una Maternidad Segura
CRZ	Comunidad Raíz Zubia
CTM	Confederación de Trabajadores de México

## D

DEN	Departamento de Estadística Nacional
DGE	Dirección General de Estadística
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación

## E

ECOSUR	El Colegio de la Frontera Sur
Educomunicación	Comunicación y Educación
EEP	Especialidad en Enfermería Perinatal
EMAO	Equipo Multidisciplinario de Atención Obstétrica
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENEO	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EO	Enfermería y Obstetricia
ESEO	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
ESPM	Escuela de Salud Pública de México
EUA	Estados Unidos de América

**F**

FAP	Formación Académica de Parteras
Femecog	Federación Mexicana de Colegios de Ginecología y Obstetricia
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
Flacso	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

**G**

GF	Grupo Focal
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
GPC	Guía de Práctica Clínica

**H**

HBCAAC	Hospital Básico Comunitario de Ángel Albino Corzo
HIMT	Hospitales Integrales con Medicina Tradicional

**I**

IASP	Asociación Mundial para el Estudio del Dolor
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHME	Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud
IIEMD	Instituto Internacional Español de Marketing Digital
ILSB	Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A. C.
IME	Instituto Multidisciplinario de Especialización
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INI	Instituto Nacional Indigenista
Insad	Investigación en Salud y Demografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

<b>ITESO</b>	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente
<b>J</b>	
<b>JICA</b>	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
<b>L</b>	
<b>LEO</b>	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
<b>LGBT</b>	Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales
<b>LVSP</b>	Lista de Verificación para la Seguridad del Parto
<b>M</b>	
<b>MMT</b>	Módulo de Medicina Tradicional
<b>N</b>	
<b>NOM</b>	Norma Oficial Mexicana
<b>NTCL</b>	Norma Técnica de Competencia Laboral
<b>O</b>	
<b>ODM</b>	Objetivos del Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sustentable
<b>OMM</b>	Observatorio de Mortalidad Materna en México
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>P</b>	
<b>PAC</b>	Programa de Ampliación de Cobertura
<b>PACMyC</b>	Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias
<b>PASSPA</b>	Programas de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta
<b>PND</b>	Plan Nacional de Desarrollo
<b>PP</b>	Partería Profesional/ Parteras Profesionales
<b>PPT</b>	PowerPoint

PRODEP	Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior
PSSLEO	Pasantes de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
PUCP	Pontificia Universidad Católica del Perú

## R

Redesam	Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero
Redias	Red por los Derechos de la infancia en Chiapas
RVOE	Reconocimientos de Validez Oficial de Estudios

## S

Semujer	Secretaría de la Mujer
SEP	Secretaría de Educación Pública
SFGH	Hospital General de San Francisco
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SMN	Salud Materna y Neonatal
SMSP	Sociedad Mexicana de Salud Pública
SP	Seguro Popular
SS	Sistema de salud
SSA	Secretaría de Salud
SSA-Gro	Secretaría de Salud Guerrero
SSR	Salud sexual y reproductiva
SSRMN	Salud sexual, reproductiva, materna y neonatal

## T

TSJDF	Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal
-------	--

## U

UABJO	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca
UACH	Universidad Autónoma Chapingo
UADY	Universidad Autónoma de Yucatán
UAEM	Universidad Autónoma del Estado de México
UAG	Universidad Autónoma de Guadalajara

UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UAT	Universidad Autónoma de Tamaulipas
UB	Universidad de Barcelona
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UCR	Universidad de Costa Rica
UCSF	Universidad de California en San Francisco
UH	Universidad de la Habana
UMC	Universidad Morelos de Cuernavaca
UNACH	Universidad Autónoma de Chiapas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNC	Universidad Nacional de Córdoba, Argentina
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
UNICH	Universidad Intercultural de Chiapas
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
UV	Universidad Veracruzana
UW	Universidad de Washington

## W

WHO	World Health Organization
-----	---------------------------



# Agradecimientos

Este libro no habría sido posible sin el interés de los 77 autores que compartieron sus experiencias y archivos fotográficos en torno a la partería en México. Mención especial merece Ana Lilia Meneses, quien compiló y revisó las primeras versiones de los artículos. La que esto escribe y Brenda Lira revisaron las versiones ulteriores y mantuvieron una comunicación continua con los autores. La corrección de estilo estuvo a cargo de Ana Block y la lectura de la última versión del libro fue realizada por Gabriel Torres, Christopher Vargas, Gustavo Peñaloza y Teresa Olvera. Julieta Abeyta se encargó de la formación y del cuidado de la edición conforme a la propuesta de diseño de Miguel Venegas.

La realización de este libro no habría sido posible sin la participación directa o indirecta de las parteras profesionales, las llamadas parteras tradicionales y las enfermeras obstétricas, quienes compartieron sus experiencias. Agradecemos el apoyo financiero de la Fundación MacArthur para la publicación de este libro.

*Graciela Freyermuth Enciso*

*Los caminos para parir en México en siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, coordinado por la doctora Graciela Freyermuth Enciso, es una antología -conformada por 36 artículos cada uno con sus respectivas recomendaciones, una presentación general y dos artículos conclusivos. Recoge las experiencias de investigación, formación, vinculación y comunicación por medio de la voz de diversas/os actores sociales tales como las parteras, las usuarias de los servicios, los profesionales de la salud, estudiantes, organizaciones de la sociedad civil e investigadora/es.

Posee un amplio trabajo de campo realizado en diversos estados del país, experiencias en el ámbito rural -incluido el indígena- y hospitalario; incluye trabajo de archivo y el análisis del discurso de los documentos judiciales. Aborda diferentes temas: el devenir de la partería de ser un campo exclusivo de mujeres hasta convertirse en un espacio propio de la medicina; nos presenta el panorama internacional y nacional de la partería tradicional y de la partería profesional; el marco normativo legal, las experiencias y propuestas educativas de la partería profesional; de capacitación de la partería tradicional; de comunicación comunitaria, investigaciones de la sociedad civil y de la academia; sin olvidar rescatar el papel de las parteras como líderes sociales.

Finalmente, presenta nuevas propuestas de comunicación, que como bien dicen, “permiten el ejercicio de los derechos de las mujeres cuya única alternativa son los servicios públicos de salud”.

Este libro es de suma importancia para las y los interesados en el estudio y la investigación de la partería en México. Por el formato de artículos de máximo 2 000 palabras es útil para los universitarios de ciencias sociales y de la salud y más allá de ello, es un excelente documento que contribuye a la implementación de políticas públicas en la materia.

Patricia Ponce  
CIESAS-Golfo