



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II



Conocimiento de la partera Chol para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de Arimatea municipio de Palenque Chiapas en el año 2021

T E S I S

que para obtener el grado de
MAESTRA EN DOCENCIAS EN CIENCIAS DE LA SALUD

por

MARY CARMEN IBARRA MEJÍA 12021005

Directora

MTRA. FRANCISCA BELTRÁN NARCÍA

Tuxtla Gutiérrez Chiapas; Marzo 2022.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, viernes 04 de marzo 2022

COORDINACION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA C.II
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
CIUDAD

Por este medio me permito hacer constar, que una vez hecha la revisión por el director y revisores de la tesis denominada **“Conocimiento de la partera Chol para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de Arimatea municipio de Palenque Chiapas en el año 2021”**. Realizada por la C. **Mary Carmen Ibarra Mejía**, que para obtener el Grado de **Maestra en Docencia en Ciencias de la Salud**, se autoriza la impresión en virtud de haber cumplido con los requisitos correspondientes.

Atentamente

Dr. José del Carmen Rejón Orantes

Encargado de la Dirección de la Facultad de Medicina Humana C.II





Código: FO-113-05-05

Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) **MARY CARMEN IBARRA MEJÍA**

Autor (a) de la tesis bajo el título de “**Conocimiento de la partera Chol para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de Arimatea municipio de Palenque Chiapas en el año 2021**”

presentada y aprobada en el año 20**22** como requisito para obtener el título o grado de **MAESTRA EN CIENCIAS EN DOCENCIA Y CIENCIAS DE LA SALUD**, autorizo a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), a que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para que contribuya a la divulgación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional del Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 23 días del mes de MARZO del año 2022.


Nombre y firma del Tesista o Tesistas

Dedicatoria

A la bendición de mi vida, Paulo, quien me motivo a seguir adelante en este proyecto y recuperar el entusiasmo para construirlo y poder culminarlo.

Agradecimientos

A mi directora y Asesora por su tiempo, dedicación y experiencia, quienes me guiaron durante el desarrollo de esta investigación... su invaluable apoyo permitió la culminación de este proyecto.

A Saydi una jovencita residente de Arimatea quien me acompañó a realizar las visitas domiciliarias en la comunidad y mi traductora durante las entrevistas.

A las parteras del ejido de Arimatea quienes tuvieron la apertura para recibirme en sus hogares y compartir sus vivencias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del Problema.....	13
1.3 Objetivos	15
1.4 Justificación.....	16
1.5 Limitaciones	18
1.6 Viabilidad.....	19
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	20
2.1 Marco conceptual	20
2.1 Antecedentes Históricos	25
2.2 La construcción del saber.....	30
2.3 La cultura chol en nuestro Estado	37
2.4 Los retos en la Atención Obstétrica	41
CAPITULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS GENERALES.....	49
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	53
CAPITULO V. DISCUSION.....	61
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	72

RESUMEN

Las parteras tradicionales representan un elemento clave para otorgar una atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio principalmente en zonas geográficas de difícil acceso en donde las coberturas de los servicios de salud institucional son bajas o nulas, convirtiéndolas en las responsables de la salud materna de su localidad. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos que tienen las parteras tradicionales para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio que les permita coadyuvar los fenómenos de morbi-mortalidad materna en su localidad. Se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, transversal desarrollado con 5 parteras tradicionales de la cultura ch'ol del ejido de Arimatea municipio de Palenque, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la recolección de datos se realizó a través de la entrevista, aplicando un cuestionario estructurado integrado por 25 preguntas abiertas, se requirió el acompañamiento de un intérprete. Los datos recabados se analizaron por categorías. Los resultados muestran que la edad de las parteras tradicionales de Arimatea oscila entre 55 y 75 años, con un promedio de 61 años, ellas adquirieron sus conocimientos en el 60% de los casos a través de una enseñanza matrilineal el 40% restante no tuvieron formación; el 80% son analfabetas y el 20% cuenta con primaria incompleta. Las parteras tienen en promedio 27 años ejerciendo, ninguna hizo mención a más de 5 signos y síntomas de alarma en el proceso de embarazo, parto y puerperio, a pesar de que el 60% ha recibido capacitación por parte del Instituto de Salud del Estado y portan una credencial que avala sus competencias. En conclusión, la credencialización es la estrategia implementada por el sector salud para condicionar a la partera a que asista a las capacitaciones impartidas por el personal institucional, y dar cumplimiento a las metas designadas de manera anual, así como a impartir un número determinado de sesiones académicas carentes de un diseño integral y de pertinencia cultural, que permita construir un aprendizaje significativo que garantice el desarrollo de competencias a las asistentes. La reestructuración de estos programas educativos permitirá que la partera tradicional identifique de manera oportuna alguna condición que pueda complicar el embarazo, parto y puerperio, así como elementos para la toma de decisiones que repercutirán de manera directa en la salud del binomio y la dinámica familiar.

Palabras claves: capacitaciones, partería, salud reproductiva, pertinencia cultural.

INTRODUCCIÓN

Estamos viviendo cambios significativos en los fenómenos de salud-enfermedad en nuestra sociedad que condiciona al Estado a realizar un análisis de sus políticas para poder reestructurar y replantear las estrategias en el sector salud con la finalidad de optimizar los recursos existentes y dirigir los esfuerzos a programas prioritarios como el de salud sexual y reproductiva. Son múltiples los esfuerzos y los actores que han intervenido para mejorar la calidad en la atención de la salud de la mujer, y estos van relacionados de manera directa con la cultura, coberturas de los servicios de salud, el acceso a estos servicios, trato digno, equidad y género así como dificultades económicas generadas por conflictos políticos internos, entre otras que predispone a responsabilizar a otras figuras sociales como las parteras tradicionales de prestar la atención a esta población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que uno de los objetivos para la reducción de la muerte materna es la atención calificada del parto, sin embargo no ha sido posible conseguirla, ante esta situación se plantea una estrategia valiosa de asociar e incluir a las parteras tradicionales dentro de un sistema de salud formal, como elementos proactivos y culturalmente aceptables en la atención de las mujeres en estos entornos. (PAHO, 2003)

La edición más reciente del informe el Estado de las Parteras en el Mundo, lanzado el día 05 de Mayo del 2021 por el UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), la Organización Mundial de la Salud y la Confederación Internacional de Parteras estima que, si aumentamos el número de parteras y mejoramos la calidad de la atención que ofrecen, salvaríamos 4.3 millones de vidas al año para 2035. Si se lograra una cobertura universal de las intervenciones de partería para 2035, se evitaría el 67 por ciento de las muertes maternas. Para alcanzar esos logros, las parteras deben recibir mejor educación y capacitación, además de contar con una regulación integral y de mayor colaboración en sus lugares de trabajo. Deben jugar un papel más importante en materia de liderazgo y dirección profesionales, y contar con un margen de acción más amplio de modo que puedan usar su experiencia única para impulsar avances en los ámbitos de las políticas sanitarias y la prestación de servicios (UNFPA, 2021)

Entre las estrategias que se han impulsado en México para contener la problemática de mortalidad materna entre las mujeres indígenas se encuentra el impulso de las Redes comunitarias y servicios de salud integrales, cuyo sentido es vincular los esfuerzos de actores locales e institucionales en comunidades cuyo acceso geográfico a los servicios de salud es limitado. La capacitación que se brinda al personal local se lleva a cabo mediante el vínculo de Servicios de Salud con otras instancias de gobierno como son los Institutos de las Mujeres de los diversos estados en el interior de la república. En los procesos de capacitación se habilita a las parteras y auxiliares de salud para ejercer el cuidado obstétrico dentro de la comunidad, tal como establece la Ley General de Salud en un marco de respeto y revaloración de la medicina tradicional (CNEGSR, 2011).

Paradójicamente estas capacitaciones no solo buscaban legitimar las funciones de las parteras en un marco institucional sino también tuvieron como objetivos cumplir con una función político administrativa ya que facilitaron la integración de un censo de las parteras tradicionales

de la zona lo cual constituyo una condición básica para la posterior regulación de sus prácticas. Además los entrenamientos sirvieron como un dispositivo para convertir actores independientes en sujetos funcionales dentro de un aparato gubernamental. Se trataba de habilitar a las mujeres para la interacción con una estructura gubernamental vertical que les asignaría tareas y vigilaría sus funciones. Esto requeriría que aprendieran a tolerar controles externos, aceptaran órdenes de superiores y participaran en la generación de información pertinente para el Estado. La tarea era crear a corto y mediano plazo sujetos funcionales capaces de colaborar de manera eficiente con la burocracia sanitaria estatal. (Sieglin, 2021, p.104)

Sin embargo, hablar de programas de capacitación exige problematizar que estos procesos de enseñanza-aprendizaje son complejos, dado que no se limitan al entrenamiento en técnicas o procedimientos como habitualmente suelen realizarse en el que se cuenta con un programa que abordan contenidos que son definidos desde la postura institucional y que tienden a confrontarse con los marcos ideológicos de un sistema de medicina tradicional. La comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de las niñas y los niños, es el primer paso para integrar esta práctica a un modelo alternativo de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación, y representa al mismo tiempo, la oportunidad de crear un modelo de partera, capacitada especialmente para las circunstancias de cada lugar. (Pelcastre et al, 2005)

Por lo anterior, es necesario identificar la conceptualización que las parteras tienen de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva, las limitantes que hayan identificado al otorgar una atención así como sus necesidades de aprendizaje que le permitan fortalecer su desempeño y cuestionar los saberes que por décadas las instituciones les ha impuesto.

La partera tradicional es la primera elección de las usuarias en las áreas rurales para iniciar el control de un embarazo, la atención del parto y el seguimiento de la puerpera y recién nacido en sus primeros meses de vida, es sin duda una aliada a la figura institucional de salud que permitirá la vigilancia estrecha del binomio y promotora del autocuidado de la salud. Durante esta investigación se realizarán visitas domiciliarias a parteras tradicionales de la localidad de Arimatea municipio de Palenque, Chiapas con la finalidad de identificar el nivel de conocimientos relacionados a los signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio haciendo un comparativo del conocimiento adquirido en su trayectoria con el conocimiento occidental, la influencia de las capacitaciones institucionales en el ejercicio de la partería, las limitantes en su ejercicio así como las conductas a seguir en el momento que identifican algún dato de alarma.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Chiapas es la segunda entidad con el mayor crecimiento poblacional anual y con la mayor tasa global de fecundidad. Sin embargo, también es la entidad con la marginación socioeconómica más alta del país y constituye una de las más desfavorecidas respecto al monto de recursos destinados a la salud por habitante. En el 2019 se registraron 49766 nacimientos en esta entidad y desde 1930 la tendencia ha sido a la alza (INEGI. Natalidad 2019)

Diversos estudios han puesto de manifiesto que, tanto los niveles de fecundidad, como el número de partos que tienen lugar sin atención alguna, no se distribuyen de manera uniforme entre la población. En cuanto a la fecundidad, se ha documentado extensamente su fuerte asociación con los niveles de marginación social (a mayor marginación, mayores niveles de fecundidad). Respecto a la atención del parto, también existe una relación en el mismo sentido ha señalado que entre las mujeres con escolaridad de hasta tercero de primaria, provenientes de comunidades indígenas y cuya casa tiene piso de tierra, sólo uno de cada nueve partos tendrá lugar en alguna institución de salud, en tanto que una alta proporción de los partos atendidos en casa de la mujer o de las parteras tiene lugar en condiciones de higiene inadecuadas. Estos datos revelan que, en términos generales, los grupos poblacionales con mayor número de hijos y con mayores desventajas socioeconómicas son los que reciben menor atención materna, entre otro tipo de servicio. (Sánchez P.J, Ochoa D., López H, Navarro I., Giné A. y Martín M. 1988, p.495)

Adicionalmente, un reflejo de enorme inequidad en salud debido a los determinantes sociales propios de áreas marginadas y rurales en México es la existencia de muchas unidades médicas sin capacidad estabilizadora ni resolutoria ante una emergencia obstétrica. Este fenómeno se ve reflejado en las muertes maternas ocurridas en la vía pública, e implica a destiempo la atención de una complicación, lo que incrementa la posibilidad de una muerte materna durante el envío a otra unidad médica no sólo por inadecuadas condiciones de traslado, sino también por falta de competencias profesionales para efectuar intervenciones básicas de atención obstétrica y para la toma de decisiones médicas para la canalización oportuna. (Lazcano E., Schiavon R., Uribe P., Walker D., Suárez L., Luna R.y Ulloa A., 2013, p.221).

Dicho lo anterior, las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una

fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. (Castellanos E., Sánchez A., López E., Castro M., Capriles C., 2021, p.222)

Es por esto que la amplia cobertura que ofrecen las parteras, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad mixta de sus conocimientos en donde se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina académica, las convierten en personajes claves para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en México. En este sentido, tendríamos que subrayar el papel transformador que pueden adquirir las parteras, que van a ser las que tengan que poner en práctica la mayoría de los conocimientos, ya que cuando hablamos de educación para la salud, se abordan asuntos relativos al embarazo y al parto así como otros aspectos de salud reproductiva como es la planificación familiar y prevención de enfermedades. Estas mujeres junto con los servicios de salud, son un elemento central de los proyectos de educación para la salud, pues juegan el rol de líderes comunitarios capaces de manejar las problemáticas de salud más comunes. (Carrillo T., 2017, p.22)

1.2 Formulación del Problema

A pesar del aumento de las coberturas en la atención de los eventos que involucran la maternidad, las parteras tradicionales continúan jugando un papel esencial en países en vías de desarrollo, donde aún impera la inequidad entre los grupos sociales, el difícil acceso a los servicios de salud sobre todo en las áreas rurales; en estos entornos la partería tradicional continua siendo de la preferencia como proveedor de cuidados abocados en la salud materna e infantil, de la misma forma, ésta goza de la confianza y aceptación de los miembros de su comunidad por guardar una íntima relación con la cultura, normas y creencias religiosas.

La relación entre la partera empírica y su cliente es personal, familiar, cooperativa y holística en comparación con el sistema de parto en el hospital, que es más autoritario, despersonalizado, formalista y estratificado. El parto tradicional se centra en la familia y no en el médico, y la mujer tiene el apoyo de todos sus allegados. Estos y la partera le prestan apoyo emocional y físico, pero le dejan que controle el trabajo del parto. De esa forma, el nacimiento se considera como un proceso no sólo biológico, sino también social, emocional y espiritual, definido y caracterizado culturalmente. Muchas de las prácticas y creencias examinadas se han sacado de su marco sociocultural para fines de comparación, pero ha de destacarse que son interdependientes y se ajustan a una matriz sociocultural. Para desarrollar un programa apropiado, eficaz y aceptable de adiestramiento de parteras tradicionales y mejorar los programas de salud de la madre y el niño es preciso comprender la relación entre las prácticas y creencias con respecto al parto y la función de la partera tradicional, por un lado, y el sistema indígena, los valores y las instituciones de la cultura o comunidad de que se trate, por otro. (Gallegos, 2019, p. 73)

La capacitación y adiestramiento de todos los personajes involucrados en la salud materna (parteras, promotores de salud, auxiliares de salud comunitarios, personal de enfermería, médicos generales, médicos especialistas) obedece a la necesidad del Estado en lograr de manera significativa la reducción de Morbilidad y Mortalidad Materna (MM), ya que este es considerado como un indicador sumamente sensible al desarrollo social, como una manera de acercarse crudamente a las desigualdades y a la injusticia social existente en países como el nuestro, incluso con las facilidades que brinda la modernidad (Uribe et al, 2009, p.55)

Dentro de las recomendaciones del sistema de salud para la reducción de la MM se encuentra la de demandar y recibir la atención por personal calificado, que se define como un profesional de la salud acreditado, ya sea una partera, médico o enfermera, que ha sido educado y capacitado en las habilidades requeridas para manejar embarazos, partos y puerperios inmediatos normales, y para identificar, manejar y referir complicaciones en mujeres y recién nacidos. (Freyermuth y Sesia, 2009, p. 92)

Sin embargo contar con personal calificado no es suficiente, debe existir un apoyo en infraestructura y un ambiente que permita al proveedor calificado realizar esas funciones, es decir se debe contar con acceso a equipo, medicamentos y suministros, capacidad para referir a un nivel de atención de mayor resolución y contar con un transporte para la mujer que presente complicaciones. Las intervenciones para reducir la mortalidad materna no pueden concentrarse

únicamente en los centros de atención de salud o institucionales (casas de salud, centros de salud, unidades médicas rurales, centros de salud con servicios ampliados, Hospitales Básicos comunitarios, Hospitales Rurales, Hospitales Generales, Hospitales de alta especialidad); sino que deben involucrar de manera activa a la comunidad, y en particular a las parteras tradicionales y a las mujeres de las familias que por lo general son la principal fuente de asesoramiento de la gestante y cuidadoras principales de los recién nacidos.

Las parteras tradicionales son un importante vínculo entre la comunidad y los servicios de salud y pueden identificar a las embarazadas que pudieran requerir servicios especiales, contribuir a la distribución de medicamentos (tales como hierro, ácido fólico y medicinas para enfermedades endémicas) entre las embarazadas de la comunidad, desempeñarse como educadoras comunitarias y transmitir mensajes de salud materna y neonatal. Finalmente, el sistema debe complementarse con actividades de monitoreo, evaluación y supervisión de apoyo basados en estándares nacionales y reforzados por actividades de educación continua. (Freyermuth y Sesia, 2009, p. 94).

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las parteras para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio de las usuarias que recurren a ellas, en la localidad de Arimatea del municipio de Palenque Chiapas, en el periodo de Agosto-Diciembre del año 2021.

Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre la edad y el nivel de conocimientos de las mujeres que se dedican a la partería en Arimatea.
- Examinar la relación entre la escolaridad y el nivel de conocimientos de las parteras tradicionales de Arimatea
- Categorizar el conocimiento adquirido por la partera de Arimatea en las capacitaciones institucionales recibidas durante su trayectoria.
- Conocer las limitaciones de la partera tradicional en su ejercicio.

1.4 Justificación

El embarazo, el parto y el puerperio es un fenómeno que deja huella en la vida de cada mujer, con múltiples percepciones y expectativas, eventos que deberían de culminar con una maternidad y paternidad responsable, lograr “que las crías humanas fueran concebidas de manera amorosa y deseada, paridas sin violencia y recibidas con ternura, en una crianza respetuosa y consciente, debería de ser un derecho humano fundamental que atravesara tiempo, territorios y culturas” (Sánchez, 2016, p. 23).

Bajo este contexto no solo es responsabilidad de estado garantizar el derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, el acceso a la protección a la salud, a la satisfacción de necesidades básicas, sino también de sensibilizar a la pareja sobre la procreación, y el tipo de estructura que adoptaran como familia, en particular en contextos rurales donde aún se conciben como una fuerza de trabajo, una percepción de ingresos y apoyos obtenidos de programas sociales de un sistema de gobierno aun paternalista.

En nuestro país se establecieron políticas públicas de salud a favor de la maternidad segura, destacando aquellas que buscan alcanzar una oportuna detección y adecuado manejo del embarazo de alto riesgo, al ser esta una condición en la gestación que aumenta la probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que ponen en riesgo la vida de la madre y su hijo. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. (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, p, no presenta).

En las áreas rurales, las parteras tradicionales son personas clave para la atención de la salud reproductiva de las mujeres; parte de su trabajo es la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como la detección de complicaciones que se pudieran presentar durante este período, su desempeño ha logrado trascender de un contexto local comunitario a ser tutelado por instituciones fuera del ámbito local, instituciones nacionales y estatales del Sistema Nacional de Salud. (Gallegos, 2019, p. 6)

Desde los orígenes de esta profesión la partera tradicional inicialmente adquiere su conocimiento por un proceso empírico transmitido de generación en generación, y que durante su quehacer se ha ido perfeccionando, estos conocimientos, habilidades y/o destrezas puede ampliarse con la información proveniente de la medicina académica que generalmente se obtiene a partir de cursos de adiestramiento o de capacitaciones de educación no formal ofertadas por instituciones de salud y mesas de trabajo provenientes de organizaciones no gubernamentales. La dualidad de su conocimiento las convierte en personajes clave para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en México, a pesar de la desacreditación que en algún momento de la historia recibió esta figura por parte de los profesionales de la salud al

criticar las formas en las que se aborda los procesos de salud-enfermedad. Esto no ha sido un obstáculo para coartar el interés y la apertura para que las parteras sean capacitadas y trabajar en equipo con el personal de salud. (Hidalgo et al, 2013)

Sin embargo se observan que los programas de capacitación que se han implementado por parte del sector salud reproducen esquemas de enseñanza-aprendizaje de manera vertical, con una visión institucional de la atención del embarazo y del parto sin tomar en cuenta factores socioculturales de la región donde ellas ejercen, así como la percepción del proceso salud-enfermedad y muerte. Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a las parteras proporcionados por el sector Salud, aún tienen grandes deficiencias, principalmente por que éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, alejados completamente de la realidad que ellas viven. (Carrillo, 2017, p.21)

En el presente trabajo se pretenderá identificar el nivel de conocimientos que tienen las parteras tradicionales de la localidad de Arimatea municipio de palenque para reconocer de manera oportuna datos de alarma que puedan comprometer el estado de salud de la embarazada y del producto, como concibe este personaje los signos y síntomas de riesgo en el embarazo, parto y puerperio, su manejo y líneas de acción que ellas construyen para limitar el daño, así como la percepción del adiestramiento institucional que han recibido durante su ejercicio y como éste ha influenciado la manera de brindar la atención a sus usuarias, con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna de la región.

1.5 Limitaciones

- Falta de actualización de los censos de parteras tradicionales a nivel distrital en el momento de la realización de esta investigación.
- Periodo de tiempo de recolección de datos de la información comprende 4 semanas, por lo que no se podrá realizar un estudio etnográfico como tal, sino un estudio de casos recabando testimonio de las entrevistadas.
- Muestra de estudio pertenece a la etnia Chol, por lo que tendré que realizar un reconocimiento del medio en el que se desenvuelve previo al contacto con la población de estudio e identificar alguna persona que sirva de guía y traductor para realizar el abordaje de las entrevistas.
- Lengua y percepción de los fenómenos de morbilidad de las parteras tradicionales que pueden variar la conceptualización con la que se estructuro la guía de preguntas por parte del investigador.
- Tiempo y recurso económico para realizar el traslado de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez al ejido de Arimatea municipio de Palenque, Chiapas.
- Problemática sociopolítica y de salud actual en esta región del Estado.
- Aplicación de programas de análisis para las variables cualitativas para su síntesis y organización por lo que se realizará de manera manual a través de categorización y triangulación de las mismas.

1.6 Viabilidad

El proyecto reúne características técnicas que permitirán su desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados.

Se realizará el reconocimiento del área de estudio, existe la experiencia previa por parte del investigador de haber realizado su servicio social en el año 2007 en esta localidad; a través del trabajo de campo programado en un lapso de 4 semanas se realizará las entrevistas a la muestra de estudio.

Los resultados obtenidos permitirán diseñar estrategias para la elaboración de programas educativos en materia de salud, que fortalezcan las competencias de nuestra población en estudio así contribuir a la atención oportuna, limitación del daño y reducción de fenómenos de morbilidad y mortalidad en mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio.

El estudio será financiado por la investigadora, como requisito del proyecto PEOGAP de la Universidad Autónoma de Chiapas para la obtención de grado académico.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Marco conceptual

Atención primaria a la salud: es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.

Atención prenatal: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

Calidad de la atención en salud: es el grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

Cuidado obstétrico: experiencia práctica producto del juicio crítico de la situación en que se da asistencia humanizada y de calidad a la mujer durante el embarazo hasta culminar con el nacimiento del producto y la atención al binomio madre - hijo, con el fin de que ambos se reincorporen a su núcleo familiar.

Datos de alarma en el primer trimestre de embarazo: signos y síntomas durante las doce primeras semanas de embarazo, tales como fiebre persistente, dolor fuerte y continuo en el vientre, cefaleas frecuentes, vómitos constantes y abundantes, los dolores de tipo cólico, la expulsión de orina con mal olor y la sensación de ardor al orinar, flujo vaginal.

Datos de alarma en el segundo trimestre de embarazo: signos y síntomas durante la semana 13 a la semana 26 estos pueden ser dolor de piernas, contracciones acompañadas de dolores de tipo cólico, abdomen duro, presencia de sangrado, disminución o ausencia de movimientos fetales, salida de líquido claro por la vagina, hinchazón de piernas u otra parte del cuerpo, dificultad para respirar o la aparición de taquicardias o palpitaciones, cefaleas, acidez de estómago o mareos intensos, menos cantidad de orina, erupción cutánea generalizada, fiebre, retraso en el crecimiento fetal.

Datos de alarma en el tercer trimestre de embarazo: signos y síntomas durante la semana 27 al término del embarazo se puede presentar dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oídos,

dolor en la boca del estómago, hinchazón de piernas u otra parte del cuerpo, presión arterial alta, convulsiones, desmayos o desvanecimientos, expulsión de sangre o cualquier otro líquido por la vagina, contracciones tempranas.

Datos de alarma en el parto: signos y síntomas que ocurren en el periodo de trabajo de parto en el que se puede presentar sangrado vaginal, presión arterial alta, hinchazón de cara, manos, piernas y pies, menor movilidad fetal o ausencia del mismo, variación en la frecuencia cardíaca fetal, salida de líquido vaginal antes de la semana 37 de gestación, dolor abdominal intenso y persistente, salida de líquido trasvaginal de coloración verdosa, trabajo de parto prolongado, presentación fetal anormal.

Datos de alarma en el puerperio: signos y síntomas que se puede presentar desde el nacimiento del producto al día número 42, tales como sangrado vaginal mayor a la menstruación y/o con mal olor, fiebre superior a los 38°C, dolor de cabeza constante, hinchazón de cara, manos, piernas y pies, ver lucecitas o visión borrosa, escuchar zumbidos, dolor abdominal intenso, molestias o dolor abdominal, secreción por la herida operatoria y/o enrojecimiento en caso de cesárea.

Edad gestacional: es el periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo: estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y que termina con el parto y el nacimiento del producto.

Factor de riesgo: es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Fecundidad: realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie. Es un sinónimo de la capacidad que tiene una mujer para dar a luz, entre los 15 y 49 años de edad. Tomando en consideración que después de los 35 años, disminuye su potencial de ser madres. Esto debido a que la fecundidad depende en gran medida de la cantidad y calidad de los óvulos y pese a que las mujeres actualmente buscan ser más saludables, la fertilidad se reduce después de los 35 años; porque la cantidad de óvulos disminuye con el paso de los años.

Mortalidad Materna: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte Materna Directa: son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico.

Muerte Materna Indirecta: deriva de una enfermedad preexistente o de un trastorno que apareció durante el embarazo y que no se debió a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios de la gestación.

Mortalidad perinatal: el número de nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos, el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento.

Mortalidad infantil: el término se utiliza para designar al fenómeno que supone la muerte de niños antes de cumplir un año de edad.

Niveles de Atención en la Salud: se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos.

Parto normal: se define como aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

Partera(o) profesional: es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería.

Partera tradicional (PT): ha sido definida como una persona (habitualmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto y que inicialmente adquirió sus aptitudes atendiendo ella misma a partos o trabajando con otras parteras tradicionales; incluye no sólo su asistencia al parto sino también la prestación de cuidados básicos a las mujeres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención al recién nacido normal, la participación en la promoción de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo. Conocidas también con otros términos, como partera indígena, partera empírica, comadrona tradicional, "hilot", "dunkun" y "dai" es una figura habitual en casi todos los poblados y en muchas zonas urbanas de África, Asia y América Latina.

Partería: atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica.

Pertinencia cultural: modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Primer nivel de atención: está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc.

Razón de Muerte Materna (RMM): es la relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos en ese mismo periodo, cada cien mil nacimientos. Este indicador permite determinar la probabilidad de muerte o el riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante esta etapa, permite evidenciar la disparidad entre los países según su grado de desarrollo, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

Segundo nivel de atención: Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias. Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

Tercer nivel de atención: se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Oxitócico: se aplica a las sustancias que producen la contracción del músculo uterino y que se utilizan para provocar el parto.

Puerperio: es el periodo comprendido desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Durante este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer cuya finalidad es volver gradualmente al estado previo a la gestación y establecer la lactancia materna. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Prevención: se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo.

Promoción a la salud: es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: "el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.

Sistema de referencia y contrareferencia: la referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

Urgencia obstétrica: complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Violencia obstétrica: se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

2.1 Antecedentes Históricos

El cambio en el papel que cumplen las parteras a lo largo de la historia ha sufrido altibajos relacionados con la percepción que se tiene de ellas en diferentes partes del mundo y en diferentes períodos políticos o económicos. La actuación de las parteras fue adquiriendo un empoderamiento y ocupando un rol indispensable en la sociedad; este legado proviene desde tiempos prehispánicos tal y como lo revelan los códices Mendoza y códice florentino documentos que describen varias prácticas que realizaba la partera, por ejemplo, organizaba las actividades de los familiares de la mujer preñada y recitaba oraciones a varias divinidades (Chalchiutlicue, Yoalticiti, Omecihuatl, Teteuinan, Tonatiuh, Tlatecuhtli) para la buena ventura de la mujer embarazada y del recién nacido. En dado caso de que el nacimiento no llegara al término y el producto muriera, la partera retiraba el producto de la cavidad uterina para salvar la vida de la madre; pero si la familia creía que la incapacidad de parir era un acto de debilidad, evitaban que la partera realizara esta acción, por lo tanto, la mujer moría. Los cuidados al cuerpo de la mujer muerta los otorgaba la partera, los cuales consistían en bañar, cambiar ropas nuevas, finas, peinar y continuar con los rezos. A las mujeres muertas en el parto se les llama Cihuapiltin, por la condición de su muerte eran equiparadas a un guerrero muerto en la batalla, además de que se creía que se transformaban en divinidades celestes que acompañaban al sol en su tránsito por el cosmos. En el caso de consumarse el nacimiento, la partera recibía al recién nacido en medio de rezos y advertía acerca de la incertidumbre presente en la temporalidad de la vida. Después cortaba el cordón umbilical con un pedernal o piedra; si era un niño, enterraba el cordón en el campo de batalla; si era niña, enterraba el cordón junto al fogón de la casa. El baño del recién nacido era una práctica para limpiar el cuerpo y el corazón como representante de una energía vital, buscando dotar al recién nacido de fortaleza para ser una buena persona. Al realizar esta limpia, la partera invocaba a la divinidad de Chalchihuitlicue (la de la falda de jade), que se relaciona con el agua con la que se realizaba la limpieza. Dentro de los cuidados postparto, la partera enaltecía a la madre a través de recitales por su valentía al parir, en este momento relataba a la mujer como el parto se concebía entre las situaciones más importantes de la vida, de origen divino y digno del don propio de la tierra, el dar vida; lo cual originaba una conexión inquebrantable de la mujer con lo sagrado del acto. (Badillo y Alarcón, 2020, p. 228)

Las parteras atendían los partos de diversas maneras: si la parturienta era primeriza la partera se hacía acompañar de dos o tres mujeres a quienes se les daba el nombre de tenedoras, en función a que ayudaban a detener a la mujer en el proceso del parto y el alumbramiento, en ocasiones la partera se colocaba sentada frente a la parturienta y con ambas manos, le frotaba el vientre o se lo comprimía para favorecer los dolores o la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban una en la espalda, en cucullas, y con sus dos manos apoyaba y oprimía la cintura o el vientre de la parturienta, mientras que la otra tenedora, de pie, le sostenía por los codos, la cabeza o por las sienes. Otras mujeres parían de rodillas asistidas por las partera; también daban a luz colocadas bocabajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y mientras se recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del techo; sosteniéndolas de los muslos las tenedoras y ayudantes. Al resolverse el parto, la partera recibía al niño con frases amables y con ternura, al mismo tiempo cortaba el cordón umbilical con las

ñas, con un fragmento de obsidiana o con un pedazo de otate; con relación al alumbramiento, es decir a la expulsión de la placenta, las medidas indicadas eran que la mujer que acababa de dar a luz debía descansar sobre su pierna derecha, con el muslo comprimía el abdomen y por consiguiente al útero, para facilitar la expulsión de la placenta, una vez expulsada se enterraba bajo una de las piedras del fogón o en las cenizas calientes de éste. El trabajo de la partera no terminaba con el nacimiento del niño, sino que se prolongaba para el bautismo, la lactancia materna y el manejo del puerperio; y de requerirse también atendía los abortos (León, 1920)

En el México colonial, se inició la evangelización de la población, hubo lugar para muchos cambios relacionados con el vestido, la comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones, pero al arte de los partos, no se le prestó ningún interés lo cual continuó así en los siglos XVI, XVII y dos tercios del XVIII. La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, de las comadronas, de las parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo. Los médicos y los cirujanos de la época no mostraron interés para ocuparse de la partería, la cual quedó relegada en manos de las parteras indígenas que en nada disminuyeron su prestigio en asuntos de esta clase. Desde el inicio de la Colonia el Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. Tenía jurisdicción en todos los problemas de Salubridad Pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de medicamentos y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades. En esta época la partera fue descrita por el autor Juan de Dios Arias como una mujer madura de 40 años de edad en adelante, viuda o sin hijos propios y de escasos recursos. Esto se entendía, pues una mujer con medios no trabajaría, y mucho menos en un oficio que la obligaba a andar en casas ajenas o en tratos con extraños. Era alguien que se aprovechaba de la urgencia de los partos. A pesar de su posición inferior en la sociedad, en el momento en que se la necesitaba podía darse el lujo de hacer esperar al enviado a traerla, insistir en que la llevaran en coche y no a pie, exigir quedarse a dormir en la recámara de la parturienta, ordenar a todo aquel que habitaba la casa y dictaminar, con la seguridad de un gran médico, sobre los cuidados que requerían la madre y el infante. Su trabajo incluía atender al recién nacido, como si fuera no sólo médico sino pediatra. Por breves días, ya que la atención de la partera incluía el postparto, era ella quien entraba y salía sin guardar las formas de cortesía ni respetar lo que en tiempos normales era la parte más privada de la casa: la recámara conyugal. (Staples, 2021, p. 199)

Una vez aceptado el valor del papel materno de la mujer y la necesidad de proveerla de la mejor ayuda profesional posible, y al empezar a hablar abiertamente de embarazos y partos, las parteras entraron en escena como piezas clave, cuya educación atañía al Estado y al bienestar de la sociedad, así como testimonios sobre el creciente interés por evitar las muertes maternas e infantiles. Hay una relación directa entre esa toma de conciencia y el avance de los estudios médicos. (Staples, 2021, p. 202)

Los médicos del siglo XIX denunciaban las prácticas de las parteras como perniciosas: el uso de plantas oxitóxicas, el baño de temazcal, las posturas verticales o inclinadas en el parto o expulsión de las secundinas, lavatorios vulvares con cocimiento de malva y rosa de castilla hasta la caída del cordón umbilical en el niño, intentaban justificar el monopolio que ellos querían tener en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, con el argumento de que su medicina estaba

fundamentada científicamente a diferencia de las parteras. Sin embargo otros reconocerían a principios de siglos que los tocólogos tenían grandes limitaciones, tanto en la destreza para hacer la exploración diagnóstica y tocoquirúrgica, como en la higiene con que realizaban su tarea. (Flores, citado por Carrillo A., 1998, p.183).

Con la creciente participación de hombres en la atención al embarazo y el parto, ésta se vio como un saber quirúrgico, al que sólo los iniciados en ese arte debían tener acceso. Entre las prácticas que los obstetras realizaban de rutina se mencionan: cauterización del cuello uterino con nitrato de plata o con ácido fénico puro para contrarrestar los vómitos, empleaban el cloroformo en todos los partos, práctica que fue controversial, ya que para algunos obstetras era símbolo de modernidad, para otros representó una práctica imprudente que había provocado varios fallecimientos que hubieran sido evitables; propusieron la práctica sistemática de inyecciones intrauterinas en los partos atendidos por médicos, proscribieron de la práctica tocológica mexicana la silla de parir que habían aceptado los primeros maestros de obstetricia, y todas las posturas en que las parturientas tenían que estar en una situación vertical, en favor de la posición de decúbito supino o francesa, para evitar la ruptura del perineo, algunos recomendaban introducir los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina, e irlos sacando, comprimiendo la horquilla, para facilitar la expulsión del producto, otros ensayaban el método de Playfair que consistía en introducir varios dedos de la mano en el recto de la parturienta, para impulsar hacia adelante el producto, recurrían a oxitócicos, y su administración irracional llegaba a causar retención de placenta, por lo que era necesario extraerla por operación; empleaban de manera regular el fórceps con lo que con frecuencia causaban al producto luxación del maxilar inferior o traumatismos oculares y práctica de la pronta ligadura del cordón umbilical, a pesar del señalamiento de algunos médicos de que ésta era causa de anemia, de por sí común en México . (Gutiérrez, 1902)

No se ha prestado mucha atención a la medicina ginecológica durante los primeros años del México independiente; sin embargo es evidente la reorganización de los estudios universitarios en las facultades de medicina (algunas recién creadas). La inclusión a partir de 1820 de la obstetricia en el plan de estudios y la presencia de libros de textos y especialistas explican las facilidades con que contaron los alumnos, e indirectamente las mujeres dedicadas a ello, para seguir estudios formales sobre la materia. Desde luego que si a la obstetricia no se le dedicaba un espacio importante en la preparación de los estudiantes de medicina, no era fácil que las mujeres interesadas adquirieran los conocimientos teóricos requeridos para el ejercicio de la partería, sin los cuales quedaban descalificadas, por mucha experiencia que tuvieran. Esta correlación entre los cursos especializados y la profesionalización de las parteras refleja el interés de los legisladores y los médicos por limitar el ejercicio del oficio a las mujeres que contaran con una preparación académica. (Hernández-Saenz, 1997)

Otro indicio del deseo de reformar la enseñanza fue la propuesta que hiciera en 1825 el doctor Manuel de Jesús Feble quien sugirió que en el Congreso se aprobara una ley que permitiera a los parteros y a las parteras examinados por el Protomedicato de la ciudad de México ejercer su profesión en cualquier estado de la República, la cual se extendería para los médicos y para quienes practicaban todas las demás profesiones y oficios relacionados. Fue uno de los primeros intentos de uniformar los conocimientos y los exámenes en el país. Las parteras debían acreditar un curso de obstetricia para poder presentar el examen que legalizaba el ejercicio de

su profesión dentro de cada departamento; esto implicaba que se impartirían cursos suficientes para atender su preparación académica, lo que no pudo comprobarse; en 1842 acordaron que se permitiría a las aspirantes presentarse al examen pese a carecer de estudios formales, el catedrático de obstetricia extendería un certificado de aptitud, con el cual ellas podrían presentarse al examen práctico. La imposibilidad de contar con parteras examinadas debido a su falta de escolaridad obligó a los legisladores a aceptar un compromiso conciliatorio, en este mismo decreto se prohibió a los hombres, como se había hecho desde antes de la Independencia, examinarse en las operaciones de obstetricia confiadas a las parteras. (Fernández del Castillo y Castañeda, 1986, p. 118)

La formación de parteras se vio integrada en 1911 a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México que pasó a depender de la Escuela de Medicina de la recién inaugurada Universidad Nacional de México en 1910. En ese periodo no era necesaria la carrera de enfermera como antecedente para cursar la de partera, para ese entonces, se contaba en la carrera de enfermera, con 18 alumnas en el primer año, 19 en el segundo y 10 en el primer año de partos. Ambas escuelas, la de Medicina y la de Enfermería y Obstetricia tenían en común, al mismo director, así como normas y reglamentos disciplinarios en sus planes y programas de estudios y la enseñanza de los partos se daba conjuntamente a los estudiantes de medicina y a las de partera. Con este nuevo cambio de dependencia, la Escuela de Enfermería y Obstetricia nace como Escuela Universitaria, y el Dr. Fernando Zárraga se convirtió en el primer director, cargo que desempeñó por corto tiempo, al igual que los que le siguieron de 1911 a 1916, periodo de la Revolución Mexicana y de gran inestabilidad política que afectó a la Universidad Nacional; No obstante, el 11 de enero de 1912 se aprobó el plan de estudios para la carrera de Enfermera y la de Partera, curricula integrada para el primer año por el Curso de Obstetricia Teórica; Curso de Clínica de Obstetricia y Puericultura, así como la asistencia de pacientes en trabajo de parto fisiológico para la práctica de manipulaciones y los cuidados necesarios a la madre y al hijo. En el segundo año, Curso de Patología Obstétrica Teórica, Curso de Clínica de Patología Obstétrica, y la asistencia de pacientes con las patologías obstétricas. Los requisitos para obtener el título universitario eran Cubrir 40 guardias en el Departamento de Maternidad y concurrir en el 4º año a conferencias sobre deontología médica y farmacéutica. La vigencia de este plan de estudios fue de 1912 hasta 1944. (Pérez y Castañeda, 2006, p. 25)

Con la formación de parteras profesionales se buscaba remplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos, que permitiesen a éstos el acceso a embarazadas, parturientas y puérperas. La partera profesional nació así con el doble carácter de actividad necesaria a la profesión médica y subordinada a ella, y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica.

En el año de 1944 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social para dar atención a los trabajadores y sus familias. En estas instituciones sanitarias las enfermeras-parteras se encargaban del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido, y su presencia fue fundamental para que la población aceptara el parto hospitalario. En los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los partos en hospitales aún eran atendidos por parteras. Aunque su práctica estaba medicalizada (tricotomías, edemas, posición horizontal, etc.), era más expectante

que intervencionista. Ellas observaban acuciosamente a las pacientes para identificar cualquier distocia y discutían entre sí los casos problemáticos. (Carrillo, 1988, p. 187)

Algunas de esas instituciones exigieron a las parteras como requisito para contratarlas que abandonaran el ejercicio libre de su profesión. El gremio médico restringió cada vez más el ámbito de acción de las parteras y las relegó de categoría, lo que llevaría eventualmente a su extinción. En 1967 se creó la licenciatura de enfermería en la capital y, aunque continuó la formación de técnicos en enfermería, se suprimió la carrera de obstetricia. En el nuevo plan de estudios se decía que resultaba impropicio propiciar los gastos que hasta entonces había realizado la universidad en la carrera de obstetricia, ya que los programas correspondientes quedaban incluidos satisfactoriamente en los dos semestres que se agregaban a la licenciatura, con lo cual habría un beneficio económico en los fondos presupuestales. En realidad, la comunidad no aceptó a los licenciados en enfermería como parteros, por lo que el papel de las parteras fue ocupado por los gineco-obstetras. Diez años antes, los hospitales de seguridad social habían congelado las plazas de las parteras; es decir, cuando alguna de ellas se jubilaba ya no se contrataba a otra. A partir de 1960, los centros hospitalarios empezaron a prohibir que ellas atendieran partos en estas instituciones. Tanto en el caso de la clausura de los estudios, como en el del congelamiento de las plazas, las parteras profesionales reaccionaron con enojo, pero no tuvieron la capacidad de dar una respuesta organizada. Ellas criticaban a las parteras sin título, pero no se atrevían a luchar contra el poderoso gremio médico, así fue como las parteras profesionales fueron desplazadas de las ciudades por la profesión médica; el ginecólogo, el anesestesiólogo y el pediatra, quienes fueron desempeñando, cada vez más, las actividades que ellas venían realizando en las maternidades y en las zonas rurales no pudieron reemplazar a las parteras tradicionales. (Carrillo, 1988, p.188)

Con el desarrollo de la medicalización e instrumentación de la obstetricia, los fórceps fueron substituidos por la cesárea; el cloroformo, por analgésicos y anestésicos de última generación; y los preparados herbolarios medicinales, utilizados por las matronas y parteras tradicionales pre y pos colombinas, fueron reemplazados por fármacos sintéticos producidos industrialmente para su comercialización mundial. (Alarcón, 2021, p.41)

Pese a estos avances en el campo de la medicina, no ha sido un factor determinante para marginar y desacreditar el desempeño que la partera tradicional ha realizado por siglos, y que hoy en día existe organizaciones en todo el mundo que difunden posturas, logros y retos de este gremio, así como la defensa de sus saberes y el empoderamiento en diferentes sectores de la sociedad en especial en aquellos donde no se puede tener acceso a un servicio de salud institucional o bien en aquellos donde se desvaloriza el fenómeno del embarazo, parto y puerperio, llegando a ser recurrente en prácticas de violencia obstétrica por parte del personal institucional.

2.2 La construcción del saber

El parto, no solo constituye un proceso biológico, sino que también es un evento cargado de valores simbólicos y sujeto a un conjunto de rituales y normas culturales, en cada sociedad se organizan para asistir a la madre y al recién nacido durante el embarazo y en la resolución del mismo, con la particularidad de cómo estos grupos perciben este fenómeno. Para acompañar este proceso, se han creado, desarrollado, mezclado, intercambiado y, finalmente, transmitido numerosos saberes y prácticas de valor simbólico y afectivo, no solo para evaluar las condiciones de las embarazadas y la atención del parto, sino también para brindar cuidados prenatales y postnatales, el acompañamiento a la lactancia, la alimentación de la madre y, muchas veces también, del resto de la familia a través del uso de hierbas y derivados de origen animal. Estos saberes y creencias incluyen recomendaciones y restricciones para el comportamiento de las mujeres, así como mecanismos de apoyo psicológico y social, como lo señala Cosminsky (1992).

Es así como la partera ha desempeñado en cada sociedad un papel muy importante y es una de las profesiones más antiguas de la humanidad, ya que cumple con una serie de ritos y mitos que mantienen una explicación del orden religioso y social de la comunidad. La adquisición de este aprendizaje se produce de manera espontánea y natural en el seno de su hogar o en su comunidad; es común que, cuando una partera sale de su casa para atender un parto, sea acompañada por alguna de sus hijas o nietas, quienes estarán a su lado apoyándola, calentando el agua, cuidando el fuego o preparando alimentos para la madre y la familia. Esto constituye un proceso educativo que fluye como elemento vital en la cotidianidad de los seres humanos, ligado a la perpetuación y circulación de los saberes. (Arana M.V., 2021 p.71)

Esta forma de transmisión matrilineal no es exclusiva para asegurar la continuidad de los conocimientos sobre la partería, sino que es común para una gran cantidad de saberes que resguardan las mujeres, tales como los conocimientos sobre herbolaria, los rezos, el cultivo y la preparación de los alimentos, el cuidado de los recién nacidos y la crianza; es una serie de prácticas y rituales que reproducen aspectos centrales de su cultura, como la relación de los pueblos con la tierra, con los astros y con la continuidad de la vida en la comunidad. La fuerza con la que se produce y se mantiene la transmisión matrilineal de saberes depende del grado de reconocimiento y respeto que gozan las mujeres en sus comunidades. La fortaleza del traspaso de estos saberes, de generación en generación, depende también de la relación sagrada que tiene un pueblo con la naturaleza; es decir, del valor que se da y el respeto que muestra una población hacia su entorno natural. A su vez, la relación sagrada con la naturaleza depende en gran medida de la manera en la que se concibe y entiende la esencia femenina de las fuerzas que en ella actúan y se reproducen. (Arana M.V., 2021 p.72)

La identidad de las parteras se construye en su vida cotidiana y dentro sus comunidades; se recrea en su lenguaje y en la forma en la que utilizan su cuerpo, que se manifiesta al atender un parto. Su identidad y su presencia también influyen; sus palabras, sus manos y su rostro dejan una impronta indeleble en las vidas que se inauguran extrauterinamente. Esto constituye un vehículo para transmitir muchos de los elementos que conforman una identidad cultural y que tendrán efectos perdurables a lo largo de la vida del recién nacido. Los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales se conservan o desaparecen en la medida en la que se mantiene o

degrada la autoridad y el respeto hacia las mujeres, que sus familiares o los demás miembros de la comunidad les otorgan.

Las instituciones públicas de educación y salud, carentes de pertinencia cultural, no solo han ejercido influencia, sino un verdadero control ideológico, político y económico sobre las comunidades indígenas. Esto se ha reforzado bajo la presión incesante de las políticas neoliberales por convertir los territorios de los pueblos originales, sus recursos naturales, su trabajo e, incluso, sus saberes en mercancías. Los efectos del neoliberalismo han penetrado hasta los niveles más profundos del pensamiento, erosionando muchos de los valores culturales y prácticas espirituales de los pueblos originarios, así como su relación sagrada con la naturaleza. Este fenómeno constituye una forma de colonialismo que se introduce en las mentes y corazones de las personas, trastocando su identidad y, como resultado, sus valores y aquellos conocimientos susceptibles de ser transformados en mercancías. Este proceso ha tenido como algunas de sus más graves consecuencias la destrucción del medio ambiente, la degradación del respeto hacia las mujeres y sus saberes, pérdida de la autoridad así como de la autonomía e identidad de estos pueblos. La educación funciona como eje potenciador de vida que relaciona de manera prevista o imprevista a dos o más seres humanos y los pone en situación de intercambio y de influencias recíprocas. En el caso de la partería, este saber circula entre las parteras dotándolas de conciencia histórica y ancestral que las permea como posibilitadoras y dadoras de vida (Samboní, 2014, p. 35).

Una de las características que tienen las capacitaciones técnicas que las instituciones de salud ofrecen es la insistencia en el peligro y en los riesgos. Como resultado, se induce a que las parteras sientan miedo por su trabajo, el mismo miedo que se comunica a las mujeres que acuden a los servicios médicos para controlar su embarazo o para parir. La promoción del miedo ha distorsionado la forma en la que se consideraba al parto como un hecho natural y motivo de alegría y celebración. Las capacitaciones que el sistema de salud impone a las parteras tradicionales registradas varían considerablemente de un lugar a otro y de acuerdo con las personas que las imparten. Sin embargo, un común denominador es la falta de pertinencia cultural; muchas veces se realizan en español y se traslada a las parteras a un lugar diferente de sus comunidades. Los cursos se imparten sin tomar en cuenta lo que las parteras tradicionales ya saben y el valor de sus propias experiencias; se utilizan términos médicos incomprensibles que producen un profundo sentimiento de que todo lo que han hecho tiene que ser modificado. Los cursos frecuentemente tienen como resultado la erosión de su identidad como parteras tradicionales, al minar la seguridad y estima que antes sentían por los conocimientos y las prácticas tradicionales. Con estas capacitaciones han emergido nuevos símbolos relacionados con la medicina científica a partir de la interrelación y la traducción entre medicina tradicional y científica. Los símbolos como “médico obstetra”, “obstetricia”, “cesárea”, “quirófano”, “medicamento”, por citar algunos, han reemplazado a símbolos como “palpar”, “sobar”, “partera”, “parturienta”, “alumbramiento”, “hierbero”, etc. Y esa emergencia ha generado la pérdida de la práctica de la partería en muchas comunidades indígenas mexicanas. La emergencia y el reemplazo de tales símbolos ha generado la transformación de la idea y la práctica del parto. Esta transformación ocurrió de la siguiente manera: en un primer momento, el parto tenía lugar en casa y lo atendía una partera. Posteriormente, se volvió híbrido por decreto de la salud pública: las parteras y los obstetras estaban en un mismo sitio de atención y

atendían el parto en conjunto. Actualmente, es una práctica completamente científica. Su constante transformación por el uso de métodos, herramientas y conocimientos científicos, generó la pérdida de la práctica de la partería en muchas comunidades indígenas mexicanas. Es decir, la traducción tuvo como consecuencia la transformación del símbolo y de la práctica asociadas con el parto. De este modo, se produjo una pérdida de la práctica de la partería de atención a partos, aunque los símbolos mismos “parto” y “partería” no se perdieron, sino que se transformaron. (Torres Campoy, S. C., 2021,157)

Existe una amplia literatura que habla de la discriminación ejercida hacia la medicina tradicional por parte del sistema de salud hegemónico, desde donde se califica a la medicina tradicional y a la partería en particular, como prácticas atrasadas, inseguras, sucias, supersticiosas y poco válidas. Sin embargo, las instituciones de salud reconocen que las parteras son mujeres que detentan cierta autoridad en sus comunidades, hablan la lengua local y gozan de una relación directa con las mujeres y de la confianza de estas; por ello, las ven de manera utilitaria, como instrumentos para ampliar la cobertura de los servicios de salud, llevar el control de la natalidad, suministrar información y métodos anticonceptivos, así como realizar otros servicios de salud reproductiva a mujeres de comunidades alejadas. Actualmente, muchos programas promueven su papel como canalizadoras y acompañantes para llevar a las mujeres embarazadas a los hospitales para su atención.

Antes de la declaración de Alma Ata (URSS, 1978) el trabajo de las PTI no era reconocido desde las esferas institucionales. A partir de entonces, inició una política mundial derivada de los organismos internacionales, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), tendiente a desarrollar estrategias para incorporar a los médicos y parteras tradicionales al sistema médico alópata en el marco de la estrategia de atención primaria de salud (Araya, 2011, p.42). Fue así como se inauguró en el discurso oficial la forma en que se debería intervenir a las parteras tradicionales que mayoritariamente vivían y siguen viviendo en zonas marginadas, con la idea de que cubrieran los servicios de atención de primer nivel. A partir de ese llamado a los países del entonces llamado Tercer Mundo a formular programas integrales con la participación de las parteras tradicionales. (Mellado, 1989, p. 22).

En 1978 en nuestro país se realiza la Primera Convención Nacional de Salud y para 1993 se publica una declaración conjunta por parte de tres grandes organizaciones internacionales, Organización Mundial de la salud (OMS), Fondo de la Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para hablar de las parteras tradicionales, en donde se dice que son actores sociales/comunitarios importantes a reconocer siempre y cuando cumplan con un adiestramiento adecuado. Debidamente adiestradas, las parteras tradicionales podrían asistir partos en condiciones higiénicas y desempeñar al mismo tiempo otras funciones sanitarias (OMS, 1993, p. 2). En la misma declaración explica que esas otras funciones sanitarias son la promoción de métodos de planificación familiar, educación sanitaria de nutrición, lactancia natural, higiene personal y ambiental, prevención del VIH y vacunación. Los objetivos en el discurso público de la OMS y de otros organismos internacionales y, por consiguiente, las metas del gobierno mexicano son reducir la mortalidad materno/infantil, así como mejorar la salud reproductiva de mujeres que viven en lugares apartados, institucionalizar el parto y adiestrar a las parteras tradicionales. En

el mismo texto declaran que hay que reforzar los vínculos entre la comunidad y un servicio moderno de asistencia sanitaria, aumentar el número de partos asistidos por parteras adiestradas, y mejorar los conocimientos, la comprensión y la categoría profesional de las parteras tradicionales (OMS, 1993).

Estos pronunciamientos oficiales, con tanto peso político, estuvieron impulsando un pensamiento de desarrollo, que consideraba que la medicina alópata y la ciencia moderna eran las únicas legítimas y eficaces, sin considerar que la medicina tradicional siempre ha estado y ha sido el recurso de curación de los pueblos desde tiempos inmemoriales. Esta es una clara forma de considerar que lo más avanzado es lo mejor, que la ciencia y la tecnología son el medio para obtener el control de la salud. Desde este enfoque, las políticas que se han desarrollado han estado encaminadas a asimilar y cooptar la práctica de la partería tradicional por el sistema biomédico, para que las parteras se integren al sistema de salud y trabajen como asistentes en el primer nivel atención. Esta apreciación no es nada nueva, al contrario, es un discurso antiguo. Desde 1989 se vislumbraba la fuerza y el rumbo que las instituciones estaban tomando para la cobertura de servicios materno-infantil en el medio rural, y lo que esto significaría para las parteras tradicionales; como publicaron en *El papel de la empírica como promotora de salud materno-infantil*. (Carrillo T., 2017, p.20)

En el discurso oficial, la campaña para impulsar la profesionalización de la partería se expresa como una preocupación por la salud y los derechos de las mujeres que viven en el campo, pero en la práctica, y en la forma en que son aplicados los programas, han tenido como uno de sus efectos, discriminar, marginar y controlar a la partería tradicional, limitando su autonomía, aprovechándola utilitariamente y desacreditando sus saberes; lo que resulta en el des-empoderamiento de las parteras. Toda política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos que van en contra de la identidad de las parteras. (Carrillo T., 2017, p.20)

El condicionamiento que ejercen los programas sociales, como fue en su momento el caso de programas federales como PROSPERA o anteriormente denominado OPORTUNIDADES constituyó una fuerte amenaza ya que obligaba a las mujeres beneficiadas por este programa a atenderse en hospitales bajo la advertencia de perder los beneficios monetarios que recibían de manera mensual; estos apoyos condicionados presionaban a las mujeres para tener un parto institucional, generalmente hospitalario y con esto las mujeres perdían la libertad para escoger el tipo de atención que ellas desean, lo que generó una disminución drástica de la demanda del trabajo de las parteras. Ante la disminución de la demanda de su trabajo y de otras presiones, tales como la desacreditación y criminalización de su labor, la prohibición de atender partos, las amenazas de cárcel o multas que las parteras tradicionales refieren (CPMSVCH, Recuento de agravios: testimonios de parteras tradicionales indígenas, 2016), muchas parteras tradicionales, han optado por inscribirse en el padrón de parteras registradas, con lo que adquieren la obligación de participar en cursos de capacitación y realizar actividades impuestas por los servicios de salud. A cambio, las parteras registradas se sienten relativamente protegidas: algunas reciben una muy pequeña retribución económica y otras reciben insumos como perillas para aspiración, ligaduras para cordón umbilical, tijeras, un par de pinzas y material de curación así como ser acreedoras de un gafete o credencial que acredita pertenecer al gremio de parteras capacitadas. Lo más significativo es probablemente el

hecho de que estas parteras tienen, prácticamente en exclusiva, la facultad de otorgar certificados de alumbramiento, situación que les ha conferido un privilegio sobre las parteras tradicionales no registradas, quienes tienen que depender de las primeras. Esta situación, además de ser una causa de división entre las parteras tradicionales indígenas, provoca en algunos lugares conflictos debido al abuso del pequeño poder que confiere la exclusividad sobre los certificados de alumbramiento. Debido a que estos certificados son requeridos para obtener el acta de nacimiento y los beneficios en aquel entonces del programa Prospera (circuito de control cerrado), las parteras tradicionales no registradas se encuentran aún más presionadas, motivando que este grupo se acerquen a los servicios de salud, en donde existe un sistema de registro y en donde eran capacitadas de manera mensual o bimensualmente para contar con estos privilegios. Hay parteras tradicionales que por distintas razones, ya sea por temor, por el deseo de permanecer autónomas o por experiencias negativas previas con las instituciones de salud, deciden permanecer al margen del registro. (Arana, 2010)

Los cursos de capacitación se han convertido en una línea de demarcación, ya que tan solo en unos días de adiestramiento se pretende borrar una historia en el ejercicio de la partería así como invalidar la formación matrilineal de las mujeres. La dinámica psicosocial que se desarrollan durante el entrenamiento da lugar a una diferenciación en el grupo amorfo de parteras entrenadas, es decir se origina una estratificación en función del desempeño de cada participante, de forma tal que, al final, cada mujer pasa a ocupar un lugar preciso en el universo simbólico de las parteras tradicionales capacitadas. Algunas adquirieron mucho prestigio e influencia; otras fueron apenas notadas por las demás. Las diferencias se construyeron en función de los elementos cognitivos y simbólicos que la autoridad introdujo en la dinámica interactiva de los entrenamientos. Por ejemplo, las preguntas que los instructores plantearon a las parteras para verificar la asimilación del contenido educativo generaban respuestas diversas: algunas más cercanas a lo esperado por los médicos, otras más alejadas. Junto con los resultados de pequeños exámenes orales o escritos, la retroalimentación recibida por cada mujer durante los ejercicios y el desempeño durante las pruebas prácticas generó un cúmulo de información y facilitó la construcción de categorías que en su conjunto fueron utilizadas tanto por los instructores para formarse una imagen de cada participante, como por las parteras mismas para compararse con sus compañeras. Estas mujeres no solo se dieron cuenta de qué tan cercano o alejado estaba su propio conocimiento del de los galenos, sino también de si sabían más, igual o menos que sus compañeras de clase. De igual importancia simbólica eran los elogios, los aplausos, los cumplidos y demás distingos que algunas parteras rurales cosecharon de los instructores; o los silencios, las reprobaciones, los reproches, las críticas y las correcciones que recayeron sobre otras. Con el tiempo y sin que nadie controlara o manipulara el proceso surgió una especie de matriz cognitiva que influyó en la manera en que las mujeres se pensaban a sí mismas y a sus prácticas parteras, que comparaban con las de sus compañeras. (Sieglin, 2021, p.106)

Esta matriz se amplió por otros elementos simbólicos que el discurso moderno promueve para calificar a los sujetos: su escolaridad, sus habilidades lectoescritoras, su estatus económico, su capital social (sus relaciones con funcionarios políticos dentro y fuera de los cursos), su lugar de residencia, su vestimenta, sus habilidades discursivas comunicativas y sus rasgos de personalidad (por ejemplo, el grado de timidez, la asertividad, el nivel de auto-confianza, los

grados de extroversión/introversión, entre otros). Al final, cada mujer ocupó un lugar específico en este espacio social, el cual moldeó sus interacciones, la recepción social de su discurso y la efectividad de sus acciones. Las parteras sabían pronto quiénes poseían más conocimientos que ellas y quiénes menos; quiénes eran más, igual o menos instruidas; quiénes tenían más o menos dificultades para aprender; quiénes requerían más o menos tiempo de práctica; y quiénes eran más o menos temerosas que ellas. Al paso del tiempo surgió un pequeño grupo de parteras que se colocaron simbólicamente por encima de sus compañeras por saber más, por contar con más experiencia en la atención de partos, por exponer sus experiencias; parteras con mucha destreza, por ser más extrovertidas y más hábiles para establecer relaciones con los instructores y por asumir con mayor facilidad un modelo de atención del parto que era más cercano al biomédico.

Es muy importante señalar que predomina una visión reduccionista de los servicios hacia las parteras, desde donde se les mira únicamente en su intervención de asistir partos; por ello, el intento de reducir a las parteras a meras acompañantes o distribuidoras de métodos de planificación familiar empobrece su papel social y cultural, restringiendo su trabajo y afectando profundamente el papel que ocupan en sus comunidades y, por ende, debilita el respeto hacia ellas y su trabajo, lo cual afecta su autoestima y les crea incertidumbre acerca de su futuro. La capacitación de las parteras está plagada de prohibiciones y miedo, y es causa de confusión ante su propio trabajo, lo que ocasiona inseguridad y desconfianza que más tarde se refleja en su práctica a la hora de atender a las mujeres, lo cual abona a que existan mayores riesgos. Estos mecanismos constantes van cortando los hilos que conducen los conocimientos de mujer a mujer desde tiempos ancestrales. (Arana, 2021, p. 88)

En nuestro estado se les obliga a las parteras tradicionales indígenas a certificarse en el sistema de salud oficial, donde deben demostrar que poseen los conocimientos necesarios para realizar las actividades de atención a las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto, de acuerdo a los protocolos de la medicina alópata. El modelo biomédico occidental se ha caracterizado por una actitud negativa hacia otros cuerpos de conocimiento, sobre todos aquellos obtenidos en ámbitos no escolarizados, basada en la supuesta superioridad del conocimiento científico en que se fundamentan, y omite los valores culturales intrínsecos en la atención médica indígena. A esta confrontación de conocimientos, en desigualdad de valoración, se le llama violencia epistémica. (Coello-Velasco, A.P., González-Alonso, F., y Velasco-Espinosa, E., 2019, p.131).

Esta violencia funciona para condenar el saber y las prácticas de los pueblos indígenas a una existencia epistémica derivada y sometida, condena que se produce a través de estrategias como la contraposición entre formas indígenas de saber y saber científico, que es supuestamente el más verdadero; el equiparar la alteridad con la ignorancia; o el ocultar, negar y vaciar las formas indígenas de saber de cualquier significado legítimo, y calificarlas a continuación de ser infantiles o supersticiosas. (Pulido, 2009, p.178)

Entre los conocimientos tradicionales más complejos y estructurados de los pueblos originarios se encuentra su sistema de atención a la salud. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) establece el concepto de Medicina Tradicional Indígena, considerándola como: el conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus

raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión), de la salud y enfermedad de origen prehispánico... Se caracteriza por un amplio conjunto de elementos terapéuticos que incluyen la herbolaria, el uso de productos animales y minerales y diferentes tipos de masajes. (CDI, 2011, p. 1-2)

Dentro de la Medicina Tradicional Indígena se inscribe la labor de las parteras. En 1984, médicos indígenas tsotsiles, tseltales y choles se unieron para conformar la OMIECH, Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, con la finalidad de preservar la medicina tradicional maya. Desde entonces se han dedicado a promover, difundir, desarrollar y preservar sus conocimientos en este campo, proporcionando servicios de salud a comunidades indígenas y no indígenas.

2.3 La cultura chol en nuestro Estado

Se cree que en el siglo VII los choles en la costa del Golfo de México y Laguna de Términos hasta el lago Izabal y el caribe durante este periodo la cultura maya se encontraba en su apogeo. Al parecer los choles se internaron en la selva Lacandona por constantes invasiones que les hacía el grupo maya Itzá, ahí establecieron varios pueblos. Durante los siglos XVI y XVII la entrada de los españoles se recrudecen y el problema de identificación étnica se complican por que los españoles llaman lacandones a casi todo los grupos que seguían resistiendo en la selva: tzeltales selváticos de Pochutla y Tolpitepec, luego trasladados a Bachajón y Ocosingo; Choltís de Dolores-Lacantún, Choltis de Acalán y Manché, choles de Noja (Najá) y Usumacinta (trasladados a principio de siglo XVII por Fray Pedro Lorenzo a la actual región chol que originalmente pudo haber sido tzeltal), y, por último, los lacandones de habla yuacteca que se hallaban al norte de Yaxchilán-Usumacinta quienes irrumpieron en la selva chiapaneca en el siglo XVIII y heredaron las formas de producción y organización social locales que son los ahora llamados lacandones en la faja sur del Usumacinta de Chiapas. (De León A.G., 2013, p.259)

La familia lingüística maya está compuesta de varios grupos internamente heterogéneos, heterogeneidad que resulta interesante si tomamos en cuenta que a grandes rasgos, estos grupos supuestamente comparten un pasado común (Voef, 1964, p. 20). Se ha sugerido que la familia lingüística maya se distingue de otras familias lingüísticas por supuestamente presentar una homogeneidad cultural más marcada que la de otros grupos mesoamericanos. Esta homogeneidad ha sido atribuida a la fuente lingüística común. Resulta sorprendente entonces, que los grupos que la comprenden presenten la variabilidad cultural mencionada, y que de acuerdo con algunos autores- rasgos que se suponía eran homogéneos, no son compartidos en los varios subgrupos sobre la variabilidad en la que características físicas de la población. (Comas, 1966, p. 6)

La región chol se ubica al norte del estado en los municipios de Sabanilla, Tila, Tumbalá, Palenque y Salto de Agua, aunque hay hablantes de chol en el municipio de Huitiupan. También los hay en Macuspana, Tabasco y colonias de choles en la selva lacandona que se han ubicado ahí desde los sesenta. Por un desarrollo histórico que de alguna manera hemos definido como algo espacial, en el estado de Chiapas no se dio la revolución de manera como se dio en el resto del país y esto tuvo enormes repercusiones sobre todo en el aspecto agrario; grandes extensiones de tierra siguen acaparadas por terratenientes de origen porfiriano y de origen neolatifundistas, lo cual unido a la crisis agraria de los últimos años repercute en la forma violenta que adquieren los conflictos por la posesión de la tierra. (De León A.G. p.267)

En las zonas chol las relaciones de clase dentro del marco de una vía de desarrollo mercantil fundamentan todas las demás relaciones; a más de que por la economía cafetalera los campesinos choles se desindianizan más rápido y con multitud de relaciones que los atan a los centros de decisión del capitalismo nacional y mundial. Los choles como pequeños productores parcelarios de maíz para el autoconsumo y del café para la venta, dueños de parcelas ejidales se enfrentan más que otros grupos indígenas del estado a las consecuencias del desarrollo del capitalismo en la agricultura; principalmente a un intenso proceso de diferenciación social en el seno de los ejidos lo cual impide hablar ya de comunidades en el cabal

sentido de la palabra. La comunidad de intereses ha sido sustituida por el enfrentamiento de clase a dos niveles: a) el de los pequeños productores indígenas en su conjunto en oposición a comerciantes y terratenientes y b) la lucha interior de las aldeas entre la gran masa de campesinos medios y pobres con gran tendencia a la pauperización y los campesinos ricos indígenas convertidos ya en clase emergente, explotadora del resto de los campesinos y que libra batallas por desplazar a los ricos de los pueblos. (De León A.G. p.271)

La propiedad de la aldea sobre la tierra concebida para uso agrícola y coto de caza, es comunal; se dan formas parentales de control social desaparición de la casta sacerdotal y una interrelación estrecha entre la agricultura, la caza y la pesca para el consumo necesario de la familia y la aldea. El maíz, el alimento divino otorgado a los choles por el Santo Padre Ch'ujtiat en los tiempos míticos, se considera un alimento sagrado; la tierra, así como los cerros, las cuevas, la selva, el agua, el cielo y el bajo tierra son vivos y habitados. Todos los espacios pululan de seres: espíritus malignos y benignos, dueños del lugar, divinidades míticas y almas de los difuntos que conviven y dividen el mismo territorio. Entidades malvadas, portadoras de mal tiempo, de desgracias y de enfermedad pueblan el universo chol junto a protectores benévolos que, según el caso, apoyan u obstaculizan el trabajo del terapeuta tradicional para solucionar problemas de índole social y/o biológica de los miembros de la comunidad. (Manca, 1996,p.5)

Esta relación cielo/tierra está presente en todo momento en los rituales y sobre todo en los espacios donde éstos se celebran: las cimas de los cerros y las cuevas o los ojos de agua. Pero la explicación de la constancia de esa relación se tiene que buscar en otra parte del mito de origen de la sociedad chol: en la oposición entre las fuerzas del bien y del mal que reproducen la dialéctica vida/muerte, dicotomía básica del pensamiento maya. (Marion,1994, p.100-101)

En el inframundo, los xibaj, mitológicamente seres malignos y dueños de las cuevas que en la actualidad se asocian con el “diablo”, dividen el espacio con los wits chen, ayudantes desde los tiempos lejanos de Ch'ujtiat —el Santo Padre creador de la estirpe chol— e intermediarios entre éste y los hombres. Los primeros se dedican a “espantar” a los seres humanos para atrapar su ch'ujlel —el espíritu vital— y esconderlo en sus habitaciones subterráneas, los wits chen tienen la tarea de transmitir las oraciones del terapeuta a los xibaj y “convencerlos” de restituir el ch'ujlel a cambio de ofrendas y rezos. El sentido de la enfermedad, y de la cura, está relacionado con la idea de un universo equilibrado, donde constantemente se dan relaciones duales entre seres humanos y sobrenaturales; en donde constantemente las fuerzas del mal, personificadas en los xibaj, siguen agrediendo a los seres humanos para poder nutrirse de su alma; en donde el hombre tiene que respetar ciertas “reglas”, venerar a divinidades y espíritus, y donde los “errores” y “olvidos” se castigan naturalmente con enfermedades. Cualquier malestar y accidente, así como cada problema físico y emocional, se ven como un “signo” —nunca casual— para reflexionar sobre la conducta de uno mismo y de la comunidad. Curar es reexaminar actos, pensamientos, sueños, es comunicarse con las divinidades del cielo y del inframundo para saber en dónde los xibaj escondieron el ch'ujlel del enfermo y poder así reincorporarlo a su dueño, es encontrar la causa que rompió el equilibrio para restablecerlo nuevamente. Nunca es fortuita y, además de ser una respuesta por parte de las divinidades, la enfermedad puede ser provocada por algún otro miembro de la comunidad que, a través del xwujt, pide ayuda a los dioses, o por un chol que “tiene pacto con los xibaj”. La misma consulta y curación responden a este tipo de necesidades: el terapeuta involucra en la terapia no sólo al enfermo sino a todo su grupo familiar,

buscando la causa última que ha provocado el malestar. Enfermedad y sanación se socializan, saliendo de la esfera privada, a menudo siendo el padecimiento colectivo tanto en su causa como en su efecto. Los síntomas orgánicos son los que menos interesan al médico tradicional indígena, el diagnóstico está hecho con base en sueños, recuerdos, emociones tanto del enfermo como de su familia y del terapeuta mismo, todos se involucran en la enfermedad como desequilibrio y trabajan para restablecer el orden nuevamente. La consulta y la terapia no tienen vencimientos temporales, pueden durar horas, días, a veces meses; la relación entre quien está enfermo y quien cura se convierte en un vínculo profundo que une a los espíritus de la naturaleza y a las divinidades del cielo a través del incienso, el tabaco, las velas, las estatuitas rituales, el alcohol y los rezos. (Manca,1996, p.6)

Las prácticas y las creencias se viven como realidad fenomenológica, la cual se vuelve carne; por ello la experiencia de la persona, impresa en el cuerpo, constituye un dispositivo epistémico, al ser una vía de acceso a modos de producción, reproducción y validación del conocimiento intersubjetivo. Por lo tanto, de manera preliminar, a reserva de lo que se vaya incorporando desde la perspectiva chol, se plantea que la enfermedad producida por brujería o maldad se construye como experiencia a partir de la relación entre los significados compartidos en torno a la persona chol y a la forma en que la brujería opera en ésta —los cuales se encuentran “hechos cuerpo”(Citro, 2010,p 51), las estrategias narrativas que reflejan y reelaboran las experiencias de la enfermedad, las prácticas y las interacciones sociales que conducen hacia el surgimiento de ésta y que posteriormente canalizan las acciones de los sujetos para hacerle frente. Las emociones en el proceso de enfermar son reconocidas ampliamente por los choles debido a que éstas constituyen vivencias que expresan la implicación que tienen los sujetos en el mundo, en relación con un universo social de valores, por medio de la combinación de sensaciones corporales, gestos y significaciones culturales aprendidas a través de las relaciones sociales (Gordon, citado en Le Breton, 1999, p.105), por lo cual constituyen “vehículos para la comunicación a través de los cuales se gestiona la vida social en su conjunto” (Ramírez, 2013,p.630)

Los choles justifican que el uso de los curanderos se debe a las enfermedades consideradas obras del Xi'bal y de la naturaleza como la llamada Bak'ëñ o la pérdida del alma como la denominan los etnógrafos de los altos de Chiapas, padecimiento que es común en los milperos. La enfermedad se origina cuando alguien sufre de alguna caída en alguna parte cuyo efecto sería el cansancio, decaimiento, falta de vigor, pesadillas, entre otras; puede manifestarse de diferentes maneras, difiere de acuerdo al lugar donde sufrió la caída, si fue en un río cuya secuela sería de fiebre con frío; en lugares secos (tierra) las consecuencias serían cansancios, pesadillas, delirios, incluso el enfermo podría llegar a perder la razón. La pérdida de la razón ocurre cuando la enfermedad es muy avanzada, por la falta de atención oportuna con curanderos experimentados. Los enfermos salen de sus casas inconscientemente y pueden realizar actividades sin que se den cuenta, se levantan cuando están durmiendo, pueden pasar días en el monte sin ingerir alimentos, esta enfermedad es causada por la pérdida del espíritu, aunque también puede pasar cuando el espíritu se desprende por accidente. Para buscar el alivio el curandero procede a ofrendar al dueño de la tierra para intercambiar al espíritu a cambio de los obsequios por el ch'ulel del enfermo los choles creen que solo ocurre cuando una persona cae el dueño de la tierra es el que atrapa el espíritu humano.

Muchas veces las enfermedades naturales no se curan tan fácilmente sin la atención oportuna, incluso pueden llevarlos a la muerte, por ejemplo el jowiyel Bäk'éñ, esta enfermedad se dice que es la acumulación de muchos espantos o la pérdida del alma producida a partir de varias caídas, caracterizada por la pérdida de la memoria y delirios; la fase final de la enfermedad ocurre cuando la persona no distingue entre el día y la noche, sale a recorrer caminos a lugares distantes conocidos o desconocidos sin sentir hambre, durante el desvanecimiento suelen hablar mucho, figuran ver físicamente a sus enemigos, está ya no es considerada obra de la naturaleza sino también producto de la brujería.

Vida y muerte, bien y mal, frío y caliente, salud y enfermedad conforman algunas de las series binarias que permean el pensamiento y la visión del mundo de los choles de Tila, hoy como en el tiempo de sus antepasados, clasificando y ordenando su universo en donde las enfermedades siguen siendo el resultado de la violencia de los xibaj hacia los seres humanos y en donde el xwujt tiene un papel fundamental para diagnosticar el padecimiento, luchar en contra del mal y restablecer el equilibrio y la salud, conciliándose con los seres del cosmos dueños de la vida y de la historia chol. (Manca,1996,p.9)

2.4 Los retos en la Atención Obstétrica

Uno de los temas centrales en la problemática de salud que enfrentan no solo las mujeres de nuestro país sino también en América Latina está relacionado con el proceso de maternidad. La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer durante la edad reproductiva, la anticoncepción, el embarazo, parto y puerperio; estos tres últimos eventos tienden a convertirse en una experiencia dolorosa y trágica no solo en la vida de una mujer sino en su núcleo familiar, debido a múltiples factores que conducen a la incapacidad temporal o permanente en el binomio o bien en el peor de los casos a la pérdida de la vida de la madre, del producto o ambos.

El mayor riesgo estimado de muerte materna (MM) a lo largo de la vida es de 1 en 4900 en los países desarrollados en comparación con 1 en 54 en los países de bajos ingresos. (Cabrera C., Gómez J., Fainete P., Uzcátegui O., 2021, p. 343). De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud (SS), en México cada año hay más de 2 millones de embarazos, de los cuales entre 15 y 20 por ciento desarrollará alguna complicación pese a un adecuado control prenatal, es decir, alrededor de 300 mil anuales, dejando a 30 mil mujeres con secuelas obstétricas que les provocarán alguna discapacidad. En promedio, mil mujeres fallecen cada año y tres mil niñas y niños quedan huérfanos. De acuerdo con el Observatorio de Mortalidad Materna en México, durante 2013 ocurrieron 861 muertes maternas (MM), de las que sólo 86 por ciento contó con asistencia médica prenatal y 13 por ciento no tuvo control prenatal. Es importante destacar que, de las mujeres fallecidas, 12.7 por ciento no tenía seguridad social ni protección a la salud. (Ramírez, R. y Freyermuth G., 2015); haciendo un corte en la semana 39 de este 2021 se tienen registros de 845 defunciones maternas en nuestro país. (Observatorio de Muerte Materna, 2021).

El análisis de la evolución histórica de la MM por premisas teóricas permite la planeación de estrategias de políticas públicas para la necesidad de prevención, diagnóstico y manejo precoz de la morbilidad materna extrema (MME), amerita la capacitación oportuna de personal de salud en las áreas de obstetricia y medicina materno fetal en la atención de emergencias obstétricas, como por ejemplo los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), la sepsis y la hemorragia obstétrica. Dicha reflexión es muy pertinente, en un momento en que los centros del tercer nivel de atención presentan dificultades (por infraestructura, disponibilidad de insumos-fármacos-hemoderivados o entrenamiento/experiencia insuficientes del personal) para dar atención de calidad en los casos de MME, con la subsecuente MM. (Cabrera C., Gómez J., Fainete P., Uzcátegui O., 2021, p. 344).

Las políticas, programas y acciones en salud reproductiva constituyen una normatividad institucional que se encuentra con otros elementos de la normatividad reproductiva local expresada en las prácticas, comportamientos, subjetividades y reglas existentes entre las mujeres y hombres de la región. Las decisiones tomadas por las mujeres en esta materia, así como sus representaciones y prácticas sociales, no obedecen a un asunto del orden individual o cultural exclusivamente sino que se articula con los programas de turno, los recursos de atención disponibles en la región, el acceso a servicios, entre otros. Las prácticas de atención utilizadas por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, nos permiten entonces comprender

dichas intersecciones entre múltiples campos y niveles de complejidad, en un ámbito concreto de la vida profundamente significativo para las mujeres y los pueblos indígenas en tanto aquí se cruza también la pertenencia étnica. (Berrio L. 2013, p.58)

En el año 2012, a casi una década de la reforma que planteó extender la protección social en salud para todos, la Secretaría de Salud de México (SSA) declaró la cobertura universal en la materia. No obstante, el sistema de salud continúa segmentado en instituciones que financian y prestan servicios para distintos sectores poblacionales -heterogéneos en sus características demográficas, perfil epidemiológico, gestión de riesgos y condiciones económicas-, al tiempo que existe cierta fragmentación operativa en virtud de la configuración descentralizada y la enorme extensión del sistema. (Gómez-Dantés O., Sesma S., Becerril V., Knaul FM., Arreola-Ornelas H., Frenk J, et al.,2011)

Esto ha contribuido a perpetuar y profundizar inequidades en el acceso, utilización, calidad y resultados en salud, dependiendo de en cuál institución, nivel de atención y entidad federativa se prestan los servicios. Para superar estos efectos negativos se ha planteado la integración funcional del sistema de salud. De acuerdo con este planteamiento, el sistema de salud debería desempeñar sus funciones de rectoría, prestación de servicios, financiamiento e inversión de manera integral, como si se tratase de un solo sistema y así los costos, condiciones de acceso y calidad de los servicios serían más homogéneos, apegados a una misma normatividad, mejorando la equidad. (Soberón G., Valdéz C., 2007)

Las condiciones de salud actual y en el mediano plazo, derivadas de la transición demográfica y epidemiológica, así como del comportamiento de los determinantes sociales, obligan a replantear la necesidad de llevar a cabo una nueva reforma del Sistema Nacional de Salud. Esta reforma estaría encaminada a establecer mejores condiciones de las instituciones de salud para responder a la demanda y avanzar en la universalidad de los servicios de salud, en el marco de una estrategia nacional de desarrollo para el sexenio, que reafirme el carácter estratégico de la salud como un componente esencial del desarrollo, tome como referencia las necesidades de salud de la población, fortalezca el financiamiento de la salud, centre la reforma en la separación de funciones del sistema, fortalezca las acciones de salud pública y la atención de la salud de la persona, y ponga énfasis en la incidencia de los determinantes sociales de la salud. (Juan M., Moguel A., Valdés Olmedo C., González P., Martínez G., Barraza L., et al, 2013)

Razones históricas y sociales han determinado la forma en que se aplican los recursos para la salud a distintos grupos poblacionales dependiendo de la naturaleza jurídica del estatus laboral de los usuarios. Se identifican tres momentos revolucionarios en la historia del sistema mexicano de salud: en primer lugar, los cambios que se dan en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el establecimiento de los primeros Institutos Nacionales de Salud. En segundo lugar, los cambios que se generaron entre 1983 y 1998 que permitieron, entre otras ventajas, la incorporación del derecho a la protección de la salud a la Constitución mexicana y la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada y, en tercer lugar, aquellos cambios que dan inicio a finales del siglo pasado y que culminan, en 2003, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud. (Soberón-Acevedo G., 2012)

A partir de este último momento se han alineado diversos proyectos y programas sustantivos e instrumentales para mejorar la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios de salud inherente a la creación del Seguro Popular. Esto incluye la definición legal de los derechos y obligaciones de los pacientes y la introducción de mecanismos para la atención tanto de quejas como de sugerencias sobre cómo mejorar los servicios. La reforma incluyó la obligación legal de incrementar la calidad de los servicios, para lo cual se creó la figura de la acreditación de la Secretaría de Salud como requisito indispensable para que los prestadores de servicios puedan participar en la entrega de servicios en el Seguro Popular, así como el fortalecimiento del proceso de certificación de la calidad de los establecimientos de salud por parte del Consejo de Salubridad General, además de una acreditación de la Secretaría de Salud como requisito indispensable para que los prestadores de servicios puedan participar en la entrega de servicios en el Seguro Popular. (Juan M., Moguel A., Valdés Olmedo C., González P., Martínez G., Barraza L., et al, 2013)

El Sistema de Protección Social en Salud estableció las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación. Adicionalmente, se han diseñado e implantado indicadores para monitorear la calidad en la atención en hospitales, clínicas, unidades de salud del primer nivel de atención, entre estos se encuentran los tiempos de espera, distribución y surtimiento de medicamentos (abasto en medicamentos y material de curación) y satisfacción en la atención por citar algunos, indicadores que permitirán o no acreditar un establecimiento de salud. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aunado a las crisis financieras de las instituciones de seguridad social, al mantenimiento de la segmentación del sistema y a que ya se ha cumplido el compromiso que estableció la Ley General de Salud para la cobertura universal. Asimismo, en la mayoría de los estados se han establecido comisiones de arbitraje médico con el fin de responder oportunamente a la expansión de las demandas por mala práctica médica. (Juan M., Moguel A., Valdés Olmedo C., González P., Martínez G., Barraza L., et al, 2013)

La más reciente reestructuración del SNS sienta sus bases sobre el diagnóstico del sistema de salud público realizado por el gobierno de la 4T el cual se presenta en distintos momentos y por distintos mandatarios de gobierno. En enero de 2019 en la conferencia del presidente de El pulso de la salud, el Dr. Jorge Alcocer, secretario de salud, presenta el Proyecto del Plan Nacional de Salud. A pesar de que el 4º Constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, en México la protección a la salud es una aspiración que está lejos de cumplirse. Entre los elementos de diagnóstico identifica: instalaciones abandonadas, sobre carga de servicios, falta de personal, medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera largos y atención deshumanizada, poco énfasis en la promoción y prevención de la salud; un sistema público descentralizado, segmentado y con disminución del presupuesto desde 2015; después de 15 años de Seguro Popular, 20 millones de mexicanos no tienen cobertura de salud; un sector público saqueado que condiciona a la población usuaria a acudir con su propio material de curación, esperar largos tiempos para ser sometidos a una intervención quirúrgica, saturación

de quirófanos, descomposturas o falta de equipo e incluso, no tener acceso a terapias y tratamientos por no estar afiliados a ninguna institución de seguridad social (Tetelboin Henrion C., Piña Ariza M., Melo Hernández K.,2021, p.38)

Un primer documento de diagnóstico en terreno fue el Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud, realizado por la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) bajo la dirección de la Dra. Asa Cristina Laurell en 3 892 unidades de primer nivel de atención de ocho estados de sureste los más pobres del país. El objetivo fue establecer una herramienta de evaluación de establecimientos para la detección y análisis de las necesidades específicas que permitiera ordenar intervenciones para el mejoramiento de los servicios de salud, en el marco de hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social. (Secretaria de Salud, 2019)

Los resultados revelaron que las unidades no cumplen con la cartera de servicios mínimos. En Oaxaca, por ejemplo, de las 757 unidades analizadas, 238 unidades carecían de servicios de medicina preventiva, 5 no contaban con unidades de laboratorio, 7 carecían de unidades de servicio odontológico y 7 de unidades de rayos X. Es decir, además del problema del acceso, los servicios se otorgan de manera incompleta con limitaciones importantes de acciones preventivas y auxiliares de diagnóstico. En cuanto a los servicios básicos, de las 3 892 unidades estudiadas, el 52,7% de ellas no contaban con energía eléctrica, agua potable o drenaje. En relación a las condiciones de infraestructura, el 75% reporta daño estructural, y de estas, el 73% informan no haber recibido mantenimiento durante los pasados cinco años. También el diagnóstico detecta problemas de mobiliario, resaltando que en el total de las unidades se requieren 5 411 botiquines, 1 443 mesas de exploración, 1 344 escritorios, 2 185 básculas, 2 285 lavabos y 3 488 botes de basura para residuos peligrosos biológico infecciosos (R.P.B.I.); pero también equipo médico básico necesario para la exploración como estetoscopio, baumanómetro y/o estuche de diagnóstico. En lo que concierne al personal de salud, el diagnóstico plantea que de las 3 892 unidades, 861 no cuentan con médicos y tienen necesidades de enfermeras, anestesiólogos, gineco-obstetras, internistas, urgenciólogos y radiólogos. (Secretaria de Salud, 2019)

Estos resultados se refuerzan con lo referido por la Secretaria de Salud Federal, que establece un déficit de 200 mil médicos (123 mil generales y 76 especialistas) y personal de salud en el sector público que no se desarrollaron al nivel de crecimiento de la población y con una mala distribución geográfica y social; éste déficit se presenta principalmente en los niveles de atención básica y en las zonas más pobres y alejadas de las grandes ciudades del país. (Muñoz, 2019)

Bajo la idea central de universalizar los servicios de salud, el 09 de abril de 2019 el Ejecutivo Federal anunció de manera oficial la eliminación del SNPSS, el SP y la creación del INSABI, pero recién se publican en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 29 de noviembre de 2019 las disposiciones que reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, modificaciones legales encaminadas a crear un modelo de salud público dirigido a personas que carecen de acceso a los servicios de salud y medicamentos. (DOF, 2019)

En enero del 2020 inicia actividades el INSABI, institución que funcionará como un organismo descentralizado de la administración pública federal con personalidad jurídica y patrimonio propio. Entre sus objetivos se encuentra el 1) garantizar el personal de salud; 2) rehabilitar la infraestructura física; 3) abastecer insumos y medicamentos y 4) regularizar al personal médico. Los recursos humanos, financieros y materiales con que cuenta la Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPSS) y el Seguro Popular (SP) son transferidos al INSABI, en términos de las disposiciones aplicables. Además, se establece que, conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población que se encuentra en el país y que no cuenta con seguridad social. (Cruz, 2020)

En la actualidad, el 96% de los partos en México se atienden en hospitales de segundo nivel. Esto ha provocado la saturación de los servicios, los cuales no siempre cuentan con el personal ni los recursos materiales y financieros suficientes para brindar una atención materna de calidad. La demanda excesiva de servicios ha llevado a situaciones de maltrato a la mujer y su recién nacido, incluso a casos de violencia obstétrica. Adicionalmente, la presión también ha llevado al uso rutinario de prácticas no basadas en la evidencia, y a la excesiva medicalización del parto. (Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees y Paola Sesia , 2016, p.5)

El esfuerzo hasta el momento ha sido insuficiente como lo demuestra la fuerte presión que se ejerce sobre la capacidad instalada actual de los hospitales públicos, los cuales presentan riesgosos índices de ocupación, inoperatividad constante de equipos y tecnología médica que no cuentan con suficiente mantenimiento preventivo y correctivo, demanda de equipos de tecnología más avanzada en relación con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades más complejas, y la necesidad de recursos humanos capacitados para atender la demanda actual de servicio. (Juan M., Moguel A., Valdés Olmedo C., González P., Martínez G., Barraza L., et al, 2013,p.26)

Esta situación se refleja también en el primer nivel de atención como se ha venido planteando, unidades que no cuentan con infraestructura, recursos materiales, insumos y recursos humanos que puedan garantizar una atención básica en materia de salud y no cubrir programas prioritarios como los relacionados a la Salud de la Mujer. En los últimos 20 años la elección de las mujeres de quien atenderá el parto el 65% de todos los nacimientos en áreas rurales fueron atendidos por parteras tradicionales, los factores que intervienen en esta tendencia son sociales como el que manifiestan las mujeres que no desean ser separadas de sus casas e hijos y dar a luz sin el apoyo de otros miembros de la familia, resistencia a la separación del recién nacido, trato distante de los médicos y enfermeras, dificultades económicas y de transporte. (Parra, P. A.,1991, p.73).

Por otra parte Moreno, Becerril y Alcalde (2018) identifican en su investigación que tanto la producción científica como la experiencia de las personas prestadoras de servicios de salud coinciden en reconocer una serie de problemáticas relacionadas con la mala calidad de la atención. Esta se expresa como: malas actitudes del personal en la atención a las mujeres embarazadas; alto índice de rechazo para la atención; falta de seguimiento del personal de salud al puerperio; falta de trato digno; entre otras cuestiones. A ello se suma una relación médico-paciente inadecuada expresada como: falta de confianza de las usuarias en los servicios de salud; limitada comunicación entre el médico y la paciente; falta de información para la mujer

embarazada sobre el proceso y sus posibles complicaciones. Ante las problemáticas, se ha propuesto incorporar el ejercicio de la partería profesional con la finalidad de disminuir la saturación de los hospitales y de dignificar la atención en salud materna ya que se considera que en los servicios centrados en la mujer, 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 parir, en el marco de los derechos humanos.

En términos generales son los derechos, los cuales se van a materializar en todos los niveles, como es el caso del derecho a la protección de salud (Art.2 constitucional) y el compromiso establecido en el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 3) respecto a que los Estados partes se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente pacto y además en el artículo 10 reconocen que se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho periodo a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social. (Organización de las Naciones Unidas. Derechos Humanos,1976). Al respecto y por su parte la OMS en la Declaración de Fortaleza (1985) recomienda que: Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. (Sánchez G., 2016, p.211)

Complementaria a estas leyes y decretos, se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la 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, que en su numeral 5.1.11 refiere que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

En muchos países se observa una actitud de descuido hacia las parteras tradicionales, es decir, que no se hace ningún intento para fomentar, impedir, modificar o mejorar su práctica. En unos pocos países se ha autorizado legalmente la práctica de las parteras en determinadas condiciones. En un tercer grupo de países, la partera tradicional es tolerada en el mejor de los casos hasta que llega el momento en que el país puede mantener un número suficiente de trabajadores de salud profesionalmente capacitados para atender a las poblaciones que están en la actualidad desasistidas. Conviene señalar en este lugar que en algunos países en desarrollo, como la India y las Filipinas, el problema no consiste en una incapacidad para formar un número suficiente de profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, sino más bien en la incapacidad del gobierno para emplearlos de modo productivo en los servicios de salud. En

el sector privado, la capacidad adquisitiva de amplios segmentos de la población es tan baja que no pueden obtener, directamente ni a través de sistemas de seguridad social, los servicios de un personal profesional cuya educación y, en consecuencia, utilización, resultan costosas. Por otra parte, muchos de esos trabajadores de salud, que en el curso de su formación han tenido contacto con las técnicas e instalaciones complejas del hospital de enseñanza, tienen escasos deseos de trabajar en contextos menos atractivos o de enfrentarse con los problemas corrientes de salud que afligen a las masas. El resultado es una concentración excesiva de profesionales de la salud en las grandes ciudades y la emigración de aquellos que las ciudades no pueden absorber. En cualquiera de los dos casos, la amplia mayoría de la población, en especial en las zonas rurales, está privada incluso de los elementos básicos de la atención de salud. (OMS, 1979, p. 7)

Las administraciones nacionales son cada vez más conscientes de que, al contrario de lo que antes se creía, el crecimiento económico por rápido que sea no generará por sí mismo el impulso necesario para mejorar la calidad de la vida de los pobres, y que el desarrollo de la salud es tanto un medio como un producto del desarrollo económico y social, esto es, la salud no puede conseguirse sin desarrollo, y el desarrollo depende en gran manera de la existencia de una población sana y productiva. Teniendo en cuenta esa percepción del problema y el desequilibrio que existe entre las necesidades de salud, por una parte, y los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, por otra, las administraciones nacionales están estudiando distintos métodos para satisfacer las necesidades básicas de salud de las gentes, métodos que no dependen de la construcción de costosos hospitales ni de la prestación de elaborados servicios por personal capacitado a un costo exorbitante. En ese sentido se concede mayor atención a los medios y los métodos para que las personas participen en el cuidado de su propia salud y para reclutar individuos de las colectividades y formarlos con objeto de que faciliten atención de salud a las colectividades en que viven y trabajan. Por otra parte, se ha demostrado que pueden mezclarse con éxito la medicina tradicional y la medicina moderna, como ha sucedido en China, por ejemplo, y las conclusiones de estudios antropológicos y de otro tipo sobre los curanderos han llevado a muchos a preguntarse si los servicios científicos son el único camino que lleva a la salud. (OMS, 1979, p. 7)

Bajo la premisa anterior, se puede mencionar que hoy en México es posible encontrar para la atención materna, a la figura de la partera, las cuales podemos clasificar en dos grupos: las tradicionales que se entrenan de manera empírica y las técnicas con educación formal. Las tradicionales, son aquellas que adquieren el conocimiento por tradición oral y generalmente es transmitido de una generación a otra; utilizan en su quehacer la herbolaria medicinal, habitualmente realizan acciones manuales (sobadas, masajes, etc.); manejan conceptos que forman parte de los valores comunitarios que se ubican en la cosmovisión prehispánica (Castañeda-Camey, 1992) y buscan mantener su autonomía respecto al sistema formal de salud. Por otro lado, encontramos a las parteras que se han formado de manera técnica, las que han asistido a la universidad para estudiar una carrera como la Licenciatura en enfermería y obstetricia (LEO) o Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería Profesional y también existe la especialización en enfermería perinatal (se lleva a cabo posteriormente a la licenciatura). También, es posible encontrar parteras que se han formado en escuelas alternativas que buscan preservar las tradiciones como es el caso de las escuelas Nueve Lunas o CASA, a través de lo

que denominan un modelo educativo innovador integrando ciencia (conocimiento y técnica), arte (combinación de creatividad, intuición y criterio), tradición (rituales culturales y conocimientos ancestrales de las leyes y elementos de la naturaleza) y espiritualidad (visión del parto y nacimiento como momentos sagrados) (Nueve Lunas, 2020). Este modelo de formación lo fundamentan en la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos saludables y fisiológicos de la vida con una dimensión espiritual. Las primeras y las últimas realizan su quehacer como parteras fuera del sistema formal de salud, las segundas ejercen su profesión como enfermeras generales (no atienden partos) en las instituciones de salud. Incluso es común encontrar mujeres que han transitado de una formación a otra acorde a sus intereses y posibilidades. (Atayde K. y González-Robledo L., 2020, p.119)

Las parteras, cuando cuentan con la educación y reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales, tienen las habilidades profesionales para satisfacer el 87% de esta necesidad de servicios. Sin embargo, las parteras sólo integran el 36% del personal de partería que los países han declarado: no todos los países tienen un cuadro de profesionales exclusivamente centrados en prestar apoyo a mujeres y recién nacidos. En cambio, existe diversidad en las tipologías, las funciones y la composición de los agente de salud que contribuyen a la prestación de servicios de partería, aunque muchos de ellos dedican menos del 100% de su tiempo a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN). (UNFPA, OMS, 2014, p.4)

La configuración de la experiencia de las parteras se encuentra íntimamente conectada con dimensiones de su trayectoria vital. En ella se incluyen diversos aspectos que resultan significativos para ellas, así como una serie de criterios y acciones que no necesariamente comparten por la formación o el entrenamiento recibido o por la escuela a la que asistieron, más bien obedece a una lógica propia, a una manera distinta de entender el embarazo, el parto y el posparto y a formas de entender aspectos como el tiempo, los espacios, los cuidados, las emociones y, en general, los focos en los que ponen su atención en el ejercicio de su labor; las actividades y prácticas que realizan las parteras en la atención a las mujeres, es otro de los elementos que conforman su experiencia. Si bien no existe una estructura estandarizada que establezca la forma de atender a la parturienta, pero sí existen una serie de prácticas que son mayormente compartidas, creando vínculos entre las mujeres que atienden dando la oportunidad de explorar sus expectativas, sus temores, sus dudas y las relaciones con su entorno físico y familiar. (Atayde K. y González-Robledo L., 2020, p.124)

Estas conductas empoderan a la partera tradicional en su comunidad, convirtiéndolas en agentes de cambio que participan de manera proactiva a favor de salud de la mujer gestante, la parturienta, la puérpera y el recién nacido, pese a las limitantes de su entorno y resolviendo los eventos obstétricos en zonas remotas y de difícil acceso.

CAPITULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS GENERALES

El diseño metodológico en esta investigación se ha conceptualizado desde tres perspectivas: como preparación y organización de la investigación (estructura-fases e informe escrito), como elección paradigmática (tensión estructura-flexibilidad) y como elección del método (etnográfico, biográfico, teoría fundamentada, etc.) y/o la tipología del estudio (métodos, estudio de casos).

Para la elaboración de la estructura teórica del proyecto se ha realizado la revisión de 42 publicaciones en revistas digitales, 4 libros electrónicos, así como las consultas a plataformas de información como: Observatorio de muerte materna, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Información en Salud.

El presente proyecto de investigación se realizó en la localidad de Arimatea, localidad de la etnia Chol, donde un grupo significativo de mujeres siguen siendo atendidas por parteras tradicionales, que está situada en el Municipio de Palenque en el estado de Chiapas; es de las localidades con mayor población, ocupando la posición número 5 de todo el municipio. Arimatea está a 251 metros de altitud, se encuentra a 21.7 kilómetros (en dirección Noreste) de la localidad de Palenque; cuenta con una población de 1,385 habitantes de los cuales 684 son mujeres y 701 hombres. (Diagnóstico de Salud, Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, Distrito Sanitario VI, 2020)

El 99.35% de la población es indígena de los cuales el 82.99%, habla una lengua materna Chol, 19.28% de la población es analfabeta de este porcentaje 187 analfabetos pertenecen al grupo de 15 y más años, 79 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela, el 18.33% del total de la población tienen una educación incompleta. (Diagnóstico de Salud, 2020)

Existen 249 viviendas, de las cuales el 65.19% tienen piso de tierra, 86.70% techo de lámina, 61.04% cuenta con servicios sanitarios, 92.37% servicio de agua entubada, el 97.59% cuenta con energía eléctrica. (Diagnóstico de Salud, 2020)

Los servicios de salud esta otorgado por un centro de salud rural perteneciente a la Secretaria de Salud que corresponde al Distrito sanitario VI Selva; esta atención es brindada por un personal de enfermería y un auxiliar de salud. No cuenta con personal médico desde hace 2 años, desde la apertura del servicio, en esta unidad el servicio médico es otorgado generalmente por médicos pasantes del servicio social.

Relacionados al fenómeno de morbilidad en la localidad las 5 primeras causas son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, otras infecciones intestinales debidas a protozoarios, infección de vías urinarias e hipertensión arterial; causas de mortalidad: Enfermedades cardiacas, Complicaciones de la Diabetes Mellitus, Enfermedades obstructivas pulmonares. Cabe señalar que existe un subregistro, en las defunciones de esta localidad, principalmente en la perinatal y menores de 5 años, no hay evidencia de un registro del nacimiento y en consecuencia tampoco de la defunción. (Diagnóstico de Salud, 2020)

Las comunidades choles no solo resisten sino impulsan un proyecto alternativo al dominante. Al poder del estado Mexicano oponen pequeños poderes atentatorios al orden establecido: en sus tendejones no se expende alcohol ni bebidas de moderación ni tabaco; no existen prácticas como la prostitución; buscan una moralidad superior, valores como dignidad y justicia. La cultura chol se hace evidente la permanencia de una visión del mundo que, resistiendo ante la misma carencia de la tierra, no ha renunciado nunca al sentido que le da contenido cultural a su actitud ante la vida, su ritualidad y sostiene esa lucha perenne por alcanzar la plenitud en la fusión con la tierra y el maíz, esencia humana que ha permanecido en ese deseo no cumplido de acercarse a lo inédito posible. (Maldonado E., 2004, p.25)

Cabe hacer mención que por décadas las comunidades choles de la zona norte de Chiapas (Tila, Tumbalá, Palenque y Sabanilla, Salto de Agua), han vivido los embates del acoso policiaco, militar y paramilitar, manteniendo a la región bajo vigilancia; además de que los paramilitares han incursionado en el área de manera violenta e inesperada, de forma que lamentablemente éstos son ya panoramas inherentes del paisaje chiapaneco. (Sánchez, 2006).

Situación que está ligada a la concepción de procesos de salud y enfermedad, una mirada reciente de sus propias experiencias de aflicción, articuladas con las condiciones históricas en que se encuentran. Las valoraciones que se hacen de ellas en términos de su incidencia, causalidades, mortalidad y estrategias de curación, se modifican en razón del tiempo y las circunstancias que las propician. No dudamos que los padecimientos antes mencionados, al formar parte del ethos cultural chol, tengan sus orígenes históricos profundamente enraizados en la memoria de los choles desde épocas remotas. Estos padecimientos constituyen procesos socioculturales que expresan una interacción dialéctica entre el cuerpo biológico (físico) y el cuerpo social (simbólico) y, por consiguiente, los daños que ocurren en el ámbito social (familiar y comunitario) se somatizan y convierten en padecimientos. (Meza Palmeros J., Ríos R., Tibaduiza Y., Vázquez V., 2009).

Dentro del mundo local chol estas experiencias de aflicción, que si bien son reconocidas como el resultado de rupturas o conflictos en las relaciones interpersonales, traducen una problemática social en experiencias subjetivas de enfermedad que ocultan otros procesos estructurales, los cuales inciden en su propia existencia como colectividad. Es decir, se considera como causa de estos padecimientos a una entidad abstracta como la envidia y el rumor, separada de sus condiciones de exclusión social. En este punto nos interesa enfatizar que la lógica intrínseca de la guerra de baja intensidad y de la violencia estructural operan como un mecanismo ideológico que tiende a legitimar un orden social y naturalizar sus causas. (Meza Palmeros J., Ríos R., Tibaduiza Y., Vázquez V., 2009, p.230).

Estos fenómenos de morbilidad son atendidos por personas de mayor experiencia que pertenecen a la misma comunidad empleando sus conocimientos en medicina tradicional para resolverlos o bien se dedican a la comercialización de fármacos, quienes de manera empírica prescriben y en otros casos llegan a administrarlos; se estima que un 30% de la población acuden al centro de salud para solicitar medicamentos que requieren para presentar su mejoría, ya que desde hace 2 años no se cuenta con médico en esta unidad, pese a que las autoridades ejidales han notificado al Instituto de Salud Distrital la necesidad de contar con este recurso humano.

El estudio es cualitativo debido a que no hay una realidad objetiva, la realidad es edificada socialmente, las percepciones de la realidad son modificadas a través del proceso del estudio (Salgado, 2007). El conocimiento es construido socialmente por las personas que participan en la investigación por lo que la tarea fundamental del investigador es entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, así como, comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento; descriptivo se registraran los fenómenos a través de la observación directa que realice el investigador, el conocimiento resulta de tal interacción social y de la influencia de la cultura del universo de trabajo; transversal ya que se intervendrá en un analizaremos las variables en un periodo de tiempo y se realizara en una sola instancia; el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. La muestra se seleccionó a través del censo de parteras con el que cuenta la Coordinación de Salud de la mujer perteneciente al Distrito Sanitario VI en el que solo tienen registradas 3 parteras, pero que en el momento que se realizó el trabajo de campo de se identificaron 2 parteras tradicionales por referencia de las entrevistadas, (bola de Nieve); el estudio de casos-tipo el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información; es un estudio con perspectiva etnográfica, este diseño de estudio buscara describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades. Incluso pueden ser muy amplios y abarcar la historia, la geografía y los subsistemas socioeconómico, educativo, político y cultural de un sistema social (rituales, símbolos, funciones sociales, parentesco, migraciones, redes, entre otros). Álvarez-Gayou (2003) considera que el propósito de la investigación etnográfica es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente; así como los significados que le dan a ese comportamiento realizado bajo circunstancias comunes o especiales, y presentan los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural, en donde se exploraran y describirán las percepciones que dan las parteras a los datos de Alarma durante el embarazo, parto y puerperio, así como reconocer la trascendencia que los programas de capacitación institucional han tenido en su desempeño. Bajo el Paradigma interpretativo se profundizara en los diferentes motivos de los hechos. No busca la generalización, la realidad es dinámica e interactiva. Tiene en cuenta el comportamiento de los otros (as) actuando consecuentemente desde una entidad holística. El sujeto es un individuo comunicativo que comparte significados. Entre ellos (incluido el investigador) se establece una comunicación bidireccional. Los propios individuos construyen la acción interpretando y valorando la realidad en su conjunto de modo analítico-descriptivo. Desde el contexto se le da su significado pleno. (Cohen y Manion, 1990).

Dentro de los criterios de inclusión de la muestra están: ser residentes de Arimatea, estar activas en el ejercicio de la Partería, sean bilingües o monolingües, con o sin antecedentes previos de haber recibido capacitaciones por parte del sector salud, certificadas o no certificadas, se encuentren o no en un padrón y que acepten participar en el Proyecto; No se incluirán en el estudio a parteras que no sean residentes de Arimatea, No ejerzan la partería y no deseen participar en la investigación.

Se aplicara como instrumento de recolección de datos una entrevista semiestructurada retomando la "Guía de preguntas para las parteras de las casas de partos" anexo 2 del libro "Espacios para parir diferente, un acercamiento a casas de parto en México" de Georgina

Sánchez Ramírez. Esta guía se ha ido modificando y enriqueciendo a partir de las sucesivas entrevistas. Algunos hallazgos y descubrimientos generados en cada entrevista constituyeron insumos claves, que retroalimentaron la realización de las nuevas entrevistas. La guía contempló la indagación de los siguientes aspectos: Se incluyen ítems relacionados a su formación, servicios que ofertan, reconocimiento de datos de alarma en el embarazo, parto y puerperio, capacitaciones otorgadas, experiencias en este proceso de enseñanza-aprendizaje, necesidades para mejorar su práctica y como se perciben dentro de un sistema de salud.

En la realización del trabajo de campo me presente con el responsable del centro de salud rural y un integrante del comité de salud para informar de mi permanencia en la comunidad así como el objetivo de la investigación; tuve el apoyo de una adolescente que fue mi interprete y guía para la localización de los domicilios de las parteras censadas y no censadas. Se solicitó la autorización de cada una de ellas para la inclusión del proyecto. Cabe señalar que no pudo concluirse la entrevista con una de las parteras no registradas, ya que uno de sus hijos interrumpió la entrevista argumentando que cual era la ganancia que él obtendría y que apoyos les daría, por lo que procedí a retirarme.

El análisis fue interpretativo. La principal unidad de análisis fueron las conversaciones con las parteras haciendo una categorización de las respuestas obtenidas.

CAPITULO IV. RESULTADOS

El ejercicio de las parteras tradicionales en áreas rurales es imprescindible para la atención y resolución de los eventos obstétricos en este entorno; durante este estudio se incluyeron a 5 parteras, todas eran tradicionales de formación empírica, residentes de la localidad de Arimatea municipio de Palenque, Chiapas.

Las entrevistas se realizaron durante el mes de octubre de año 2021 en donde se realizaron los siguientes hallazgos: en la tabla 1 se presentan las características de las parteras que fueron sujetos de estudio en esta investigación.

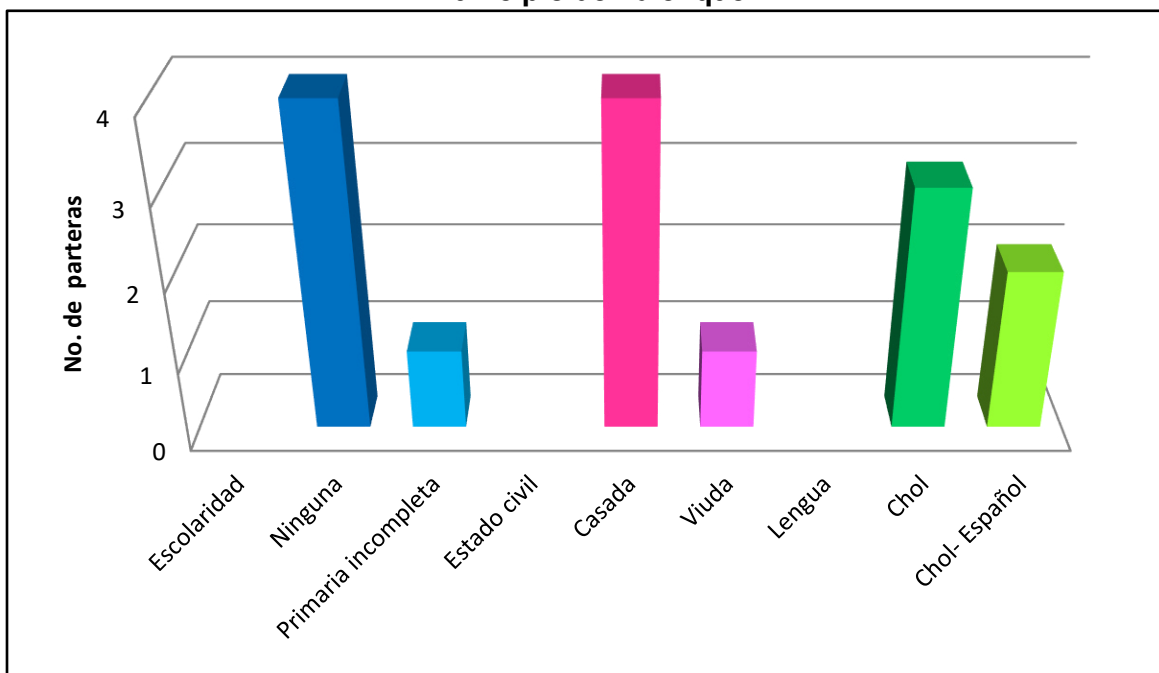
Tabla 1. Características de las parteras tradicionales en Arimatea, Municipio de Palenque

Identificación	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Lengua
Partera 1	55 años	Casada	Ninguna	Chol
Partera 2	56 años	Casada	Ninguna	Chol
Partera 3	60 años	Casada	Primaria incompleta	Chol-Español
Partera 4	58 años	Casada	Ninguna	Chol
Partera 5	75 años	Viuda	Ninguna	Chol-Español

Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021

La mediana de edad de las parteras participantes es de 61 años, el 80% (4) son analfabetas y el 60% (3) es monolingüe.

Gráfico 1. Características socio-culturales de las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021

En relación al motivo por el que decidieron ser parteras, el 60% (3) manifestó que dedicaron a este oficio por convicción y preservar la herencia de su antecesor, fue la madre que también se dedicaba a la partería quien transmitió sus conocimientos; el 20% (1) argumentó que fue un llamado de Dios, manifestándose en una revelación; el 20% restante refirió haber iniciado al asistir a un familiar en el trabajo de parto, ante la ausencia de personal de salud. (tabla 2).

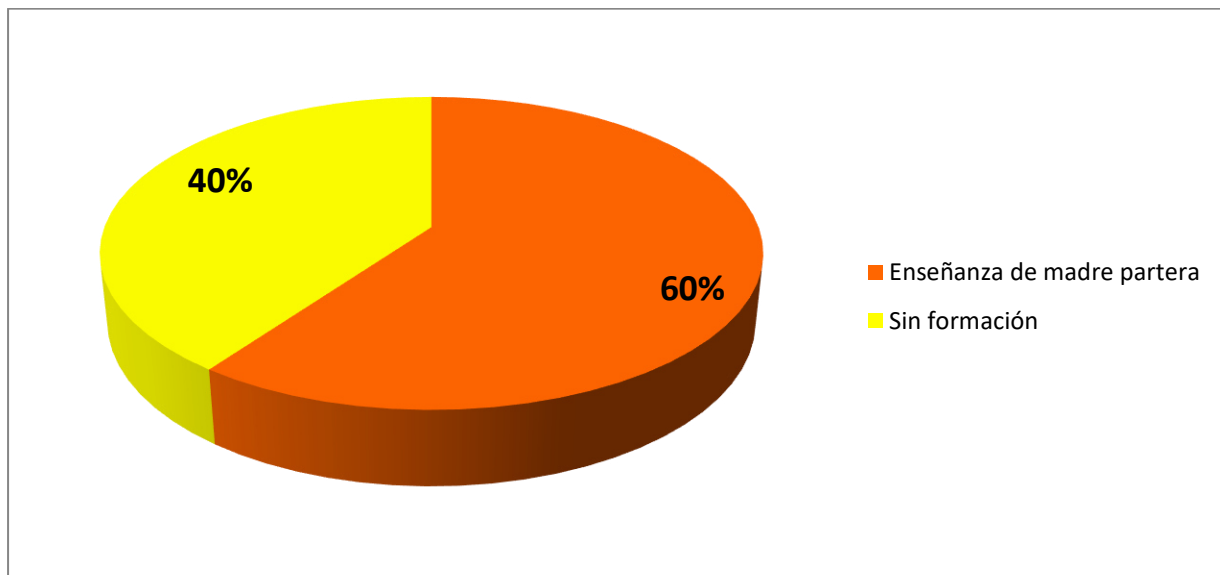
Tabla 2. Formación de las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.

Identificación	Motivo para ser partera	Adquisición del conocimiento	Años ejerciendo	Partera capacitada
Partera 1	Revelación de Dios	Sola	25 años	Si
Partera 2	Tradición familiar	Madre-hija	12 años	No
Partera 3	Tradición familiar	Madre-hija	35 años	Si
Partera 4	Evento fortuito	Sola	18 años	No
Partera 5	Tradición familiar	Madre-hija	47 años	Si

Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Todas las parteras iniciaron su práctica basada en el conocimiento empírico, mediante el contacto directo con su entorno, su realidad, construyendo su saber en la recopilación de las experiencias vividas. El 60% (3) aprendió mientras realizaban el acompañamiento de la madre quien se dedicaba a la partería. (gráfico 2)

Gráfico 2. Formación de las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Estas parteras llevan en promedio 27.4 años ejerciendo. El 60% (3) han recibido capacitaciones (pláticas, cursos, talleres...) por parte de instituciones gubernamentales. En relación a la categoría de identificación de datos de alarma durante el embarazo el 40% (2) de

las parteras no mencionaron ningún signo y síntoma, el 40% (2) hicieron mención de un signo y el 20% (1) restante señaló 2 signos (tabla 3).

Tabla 3. Identificación de datos de alarma en el embarazo por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.

Signos y síntomas	Partera 1	Partera 2	Partera 3	Partera 4	Partera 5
Dolor de cabeza constante					
Hinchazón de manos, cara piernas y pies					
Visión borrosa o lucecitas					
Zumbido de oídos					
Sangrado vaginal			X		X
Si el bebé no se mueve					
Si el bebé crece poco o deja de crecer					
Contracciones de la matriz, antes de la fecha probable de parto			X	X	
Molestia o dolor al orinar y/u orina con sangre					

Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Ninguna partera identifico datos de alarma sugestivos de retraso en el crecimiento intrauterino, amenaza de aborto, enfermedad hipertensiva del embarazo, sufrimiento fetal, óbito fetal y/o amenaza de parto pre término, patologías más comunes en el embarazo. (gráfico 3)

Gráfico 3. Identificación de datos de alarma en el embarazo por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

En el reconocimiento de datos de alarma durante el trabajo de parto el 60%(4) de las entrevistadas señalaron un signo, el 20%(1) mencionó 2 signos y el 20%(1) restante mencionó 3 signos y 1 síntoma (tabla 4).

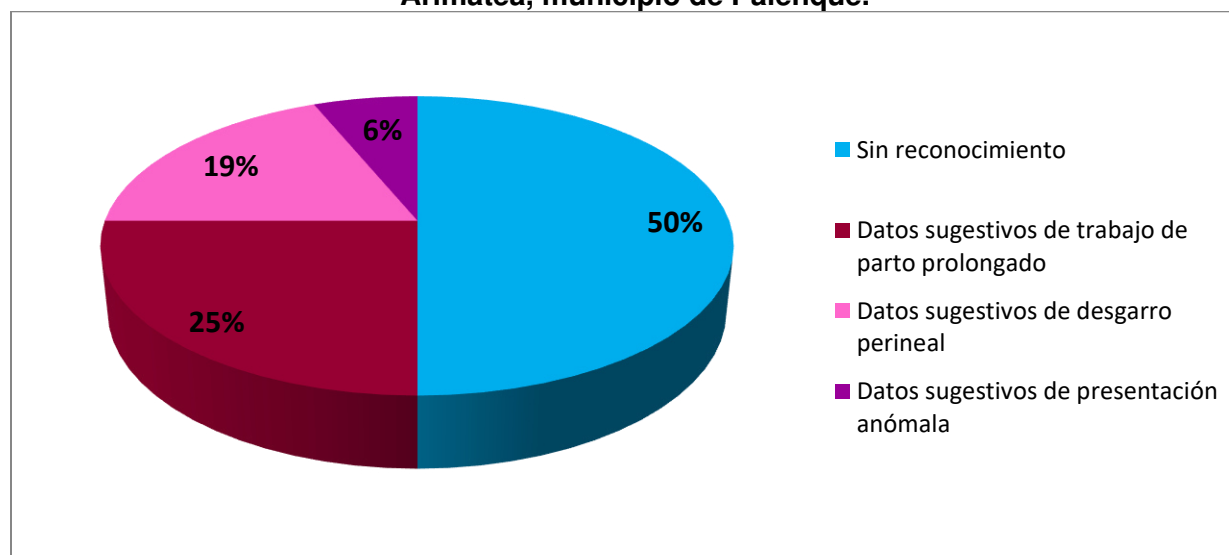
Tabla 4. Datos de alarma durante el trabajo de parto reconocidos por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.

Signos y síntomas	Partera 1	Partera 2	Partera 3	Partera 4	Partera 5
El niño se mueve poco o no se mueve					
Salida de líquido amarillo y/o verde					
Salida de cordón u otra parte anatómica del niño que no sea la cabeza			X		
Respiración anormal de la madre					
Dolor en el estomago			X		
Hinchazón de cara, manos, piernas y pies					
Presencia de convulsiones					
Trabajo de parto de más de 12 hrs.	X		X	X	X
Piel fría, pálida o azulada					
Sangrado vaginal continuo		X	X		X

Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Los datos de alarma con mayor reconocimiento fueron los relacionados al trabajo de parto prolongado (25%), desgarros perineales (19%) y presentación anómala (6%). Ninguna partera reconoció datos sugestivos de eclampsia, ruptura prematura de membranas, distocia de hombros, atonía uterina, por citar algunos (gráfico 4).

Gráfico 4. Datos de alarma en el parto reconocidos por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Las parteras tuvieron mayor reconocimiento de signos y síntomas de alarma en el periodo de trabajo de parto, caso contrario al periodo de puerperio en el que no se pudo identificar ningún dato (tabla 5), pareciera ser que esta etapa no es considerada de riesgo, por lo que se minimiza

la vigilancia de la puérpera, evidenciando la necesidad de capacitación para detectar de manera oportuna datos sugestivos de endometritis, tromboflebitis, hemorragia posparto, retención de restos placentarios, inversión uterina patologías consideradas como las primeras causas de mortalidad materna en la región.

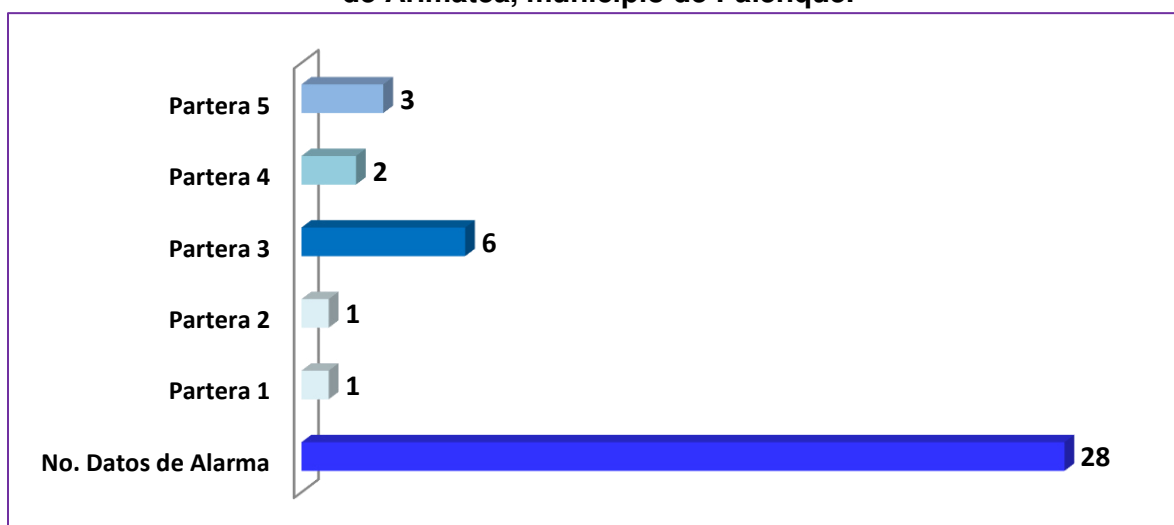
Tabla 5. Datos de alarma en el puerperio mencionados por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.

Signos y síntomas	Partera 1	Partera 2	Partera 3	Partera 4	Partera 5
Sangrado vaginal mayor a la menstruación					
Sangrado vaginal con mal olor					
Fiebre superior a 38°C					
Dolor de cabeza constante					
Hinchazón de cara, manos, piernas y pies					
Visión borrosa o lucecitas					
Zumbido de oídos					
Dolor abdominal intenso					
Molestias o dolor al orinar					

Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Cabe señalar que las parteras manifestaron no haber recibido ninguna capacitación en los últimos 3 años, pese a que lineamientos del Programa del Instituto de Salud, obliga al personal responsable de cada microrregión programar, realizar y reportar los logros de manera mensual y abordar los contenidos al término de un año.

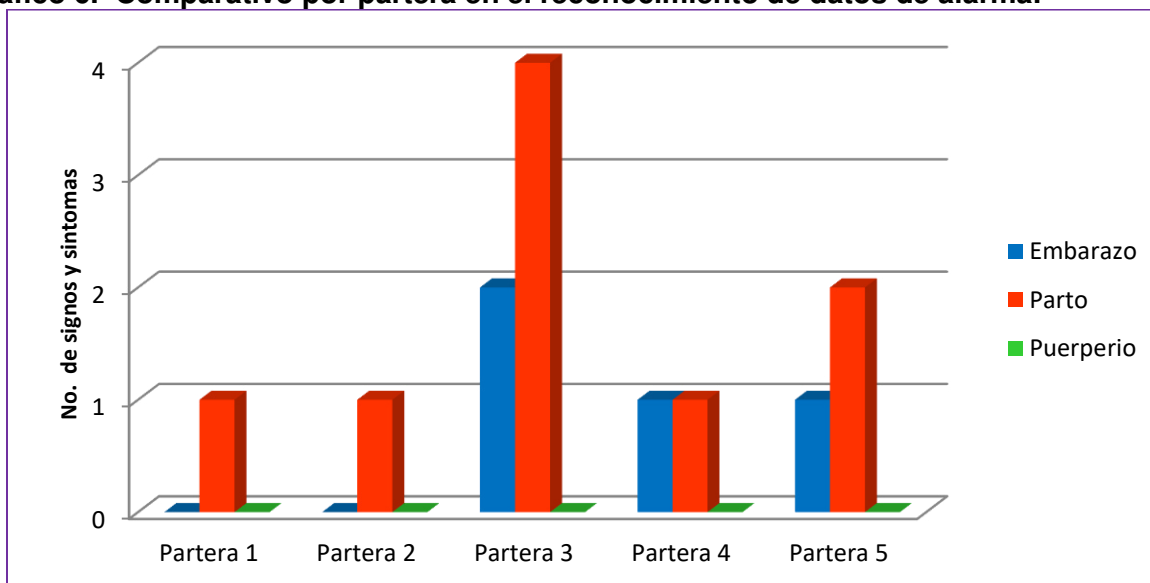
Gráfico 5. Datos de alarma en el embarazo, parto y puerperio por parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Ninguna de las parteras entrevistadas pudo identificar un número mayor de 10 signos y síntomas de alarma que pueden presentarse durante el embarazo y puerperio. El dolor y el sangrado trasvaginal fueron los signos que suelen reconocer con mayor frecuencia.

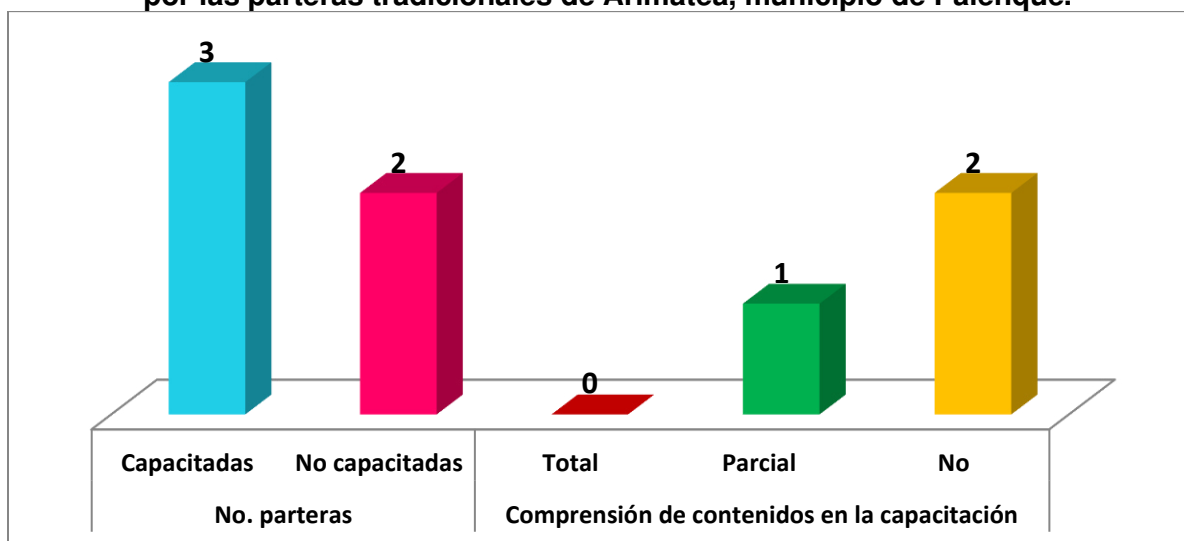
Gráfico 6. Comparativo por partera en el reconocimiento de datos de alarma.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Referente al tema de capacitaciones recibidas, el 60% (3) de las parteras tradicionales han recibido capacitaciones otorgadas por el sector salud, las parteras capacitadas manifestaron que en este proceso de enseñanza aprendizaje su participación se limitó a recibir la información de los ponentes y que no lograron comprender en su totalidad los temas abordados.

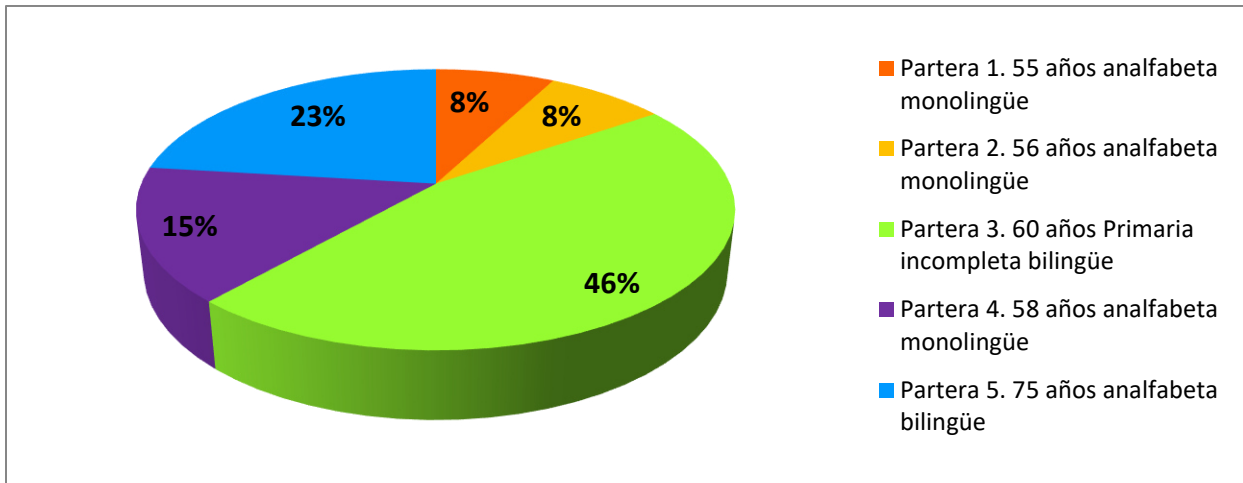
Gráfico 7. Correlación de las capacitaciones recibidas con los conocimientos adquiridos por las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Las parteras que pudieron reconocer un mayor número de signos y síntomas de alarma fueron aquellas que tienen mayor edad, saben leer y escribir y son bilingües, factores que condicionan el aprovechamiento de los contenidos de cada capacitación. (gráfico 8)

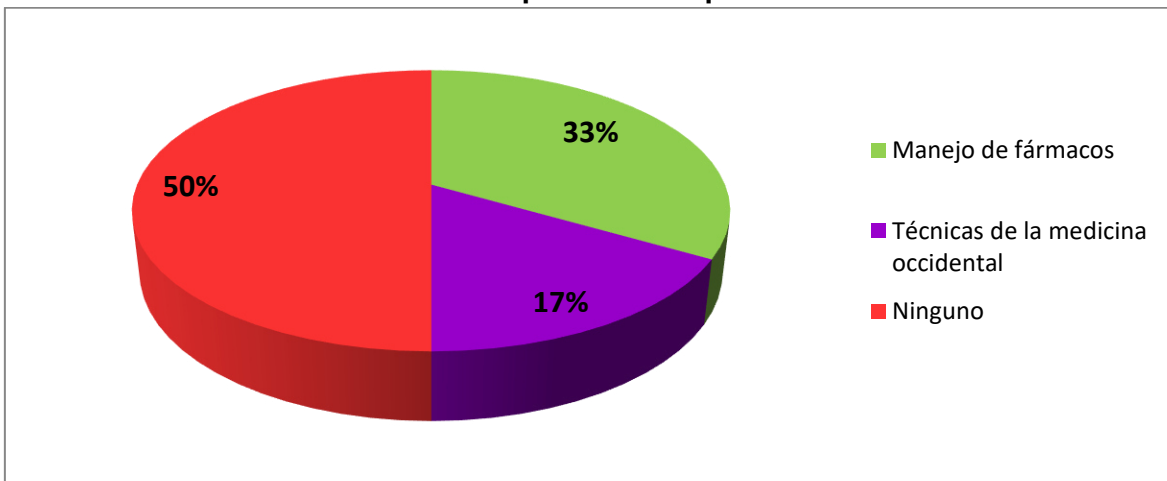
Gráfico 8. Correlación de las variables edad, escolaridad y lengua con el nivel de conocimientos en la identificación de datos de alarma por las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Entre las necesidades manifiestas por las entrevistadas para incluir en futuros temas de capacitación se encuentran: conocer sobre el manejo de medicamentos (analgésicos, antibióticos y oxitocina) así como técnicas de la medicina occidental para la atención del parto (episiotomía y episiorrafia). Situación que es preocupante para lograr la continuidad de esta profesión milenaria y sobretodo conservar el “saber” de esta cultura. (gráfico9)

Gráfico 9. Temas que desean aprender las parteras tradicionales de Arimatea, municipio de Palenque.

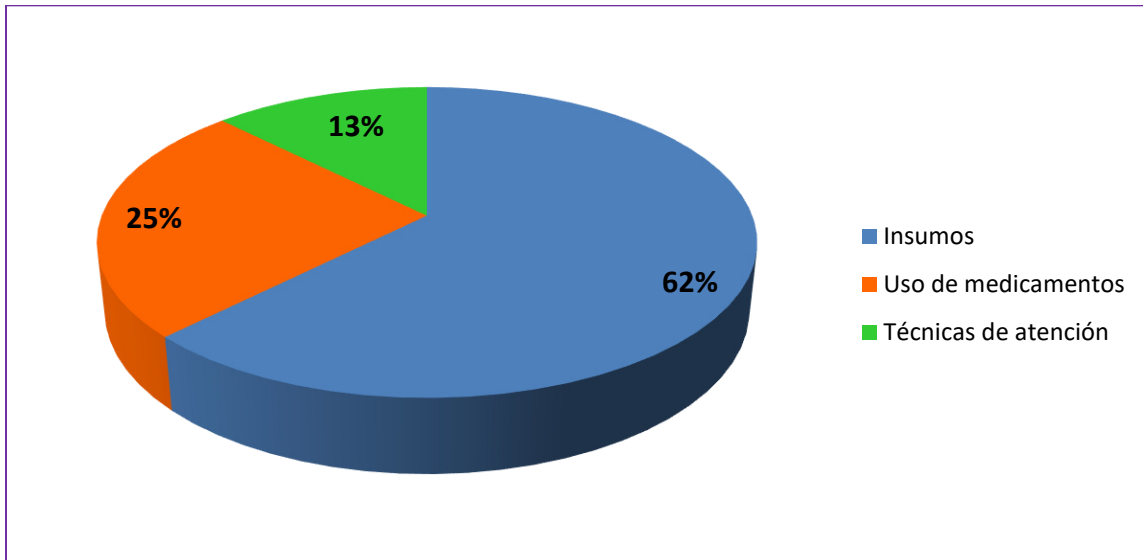


Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

Por último las parteras tradicionales entrevistadas manifestaron que entre las limitantes que han tenido para brindar una mejor atención están relacionadas a la adquisición de insumos como material de curación e instrumental básico, así como los apoyos económicos recurso que en la administración anterior era otorgado por el sector salud a través del financiamiento por el

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a municipios participantes en el estado de Chiapas, como una estrategia implementada para la reducción de muertes maternas. (Ruiz, R. M. R., y Villalobos, C. A., 2018, p.34)

Gráfico 10. Necesidades apremiantes para mejorar la atención desde la perspectiva de la partera tradicional de Arimatea, municipio de Palenque.



Fuente: Resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario durante la entrevista realizada por Ibarra M. 2021.

CAPITULO V. DISCUSION

De acuerdo a cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2020, durante el 2019 en nuestro país se registraron 2 162 535 nacimientos de los cuales el 89.5 % fue atendido en unidades hospitalarias y el 10.5% se atendieron en el domicilio, en otro lugar o no se encuentra especificado. En nuestro estado se estima que el 30% de los partos no son atendidos en unidades hospitalarias, si traspolamos esta tendencia a zonas rurales en donde las condiciones geográficas, sociales y económicas inciden en la resolución de los eventos obstétricos puedo señalar que de la población que se encuentra en periodo de gestación es captada por el servicio institucional de salud durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, acuden a citas regulares de control prenatal teniendo en promedio 5 intervenciones durante las 40 semanas de gestación, pero en el momento que se les cuestiona sobre quien atenderá el parto, 4 de cada 5 mujeres respondió que acudirán con la partera tradicional de su elección.

Ante este contexto surgió la necesidad de identificar el nivel de conocimientos que tienen las parteras tradicionales del ejido de Arimatea, municipio de Palenque para la identificación de datos de alarma en el embarazo, parto y puerperio, en mujeres que acuden a solicitar su atención. En este estudio el 60% de las parteras han recibido capacitación institucional por parte del Sector Salud del Estado, pero al momento de cuestionarlas sobre los datos de alarma que se presentan en las etapas de embarazo, parto y puerperio, ninguna de las entrevistadas pudo responder de manera concreta y clara, pese a que este tema es central en todo proceso de capacitación institucional, ya que la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma dará la pauta para una intervención médica inmediata y reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal y perinatal. De acuerdo al Programa de Desarrollo de Componente Comunitario de la Coordinación de la Salud de la Mujer perteneciente al Distrito Sanitario VI de Palenque son 14 los temas a abordar en los talleres temas que han sido impartidos año con año, pero que no han causado impacto en las conductas de las parteras.

No hubo una distinción significativa en el reconocimiento de datos de alarma entre las parteras capacitadas y las no capacitadas, pero se observó que las parteras que llevan más tiempo ejerciendo así como las que son bilingües (chol-español) hicieron mención de un mayor número de signos y síntomas.

En los testimonios de las parteras tradicionales capacitadas hacen mención que su participación se limitó a ser receptoras de la información, el tipo de capacitación fue expositiva por parte de los ponentes, no logrando una comprensión total de los contenidos expuestos, ya que empleaban palabras (vocabulario técnico) que no entendían y se impartieron varios temas en muy poco tiempo, lo que genero perdida de interés y confusión en la mayoría de las asistentes. Sin embargo al cuestionar sobre la relevancia de estas capacitaciones en su práctica diaria todas respondieron que “sí les ha ayudado”.

Como se señaló en el transcurso de esta investigación existe evidencia que las capacitaciones son una herramienta para fortalecer la atención y reducir los fenómenos de morbilidad y mortalidad materna así como la perinatal, sin embargo los resultados obtenidos con

las parteras de la localidad de Arimatea no eran los estimados, considerando un padrón de 3 parteras registradas ante el Instituto de salud, la distancia (30 km. y/o 50 min.) de la cabecera municipal de Palenque en donde se localiza la sede del Distrito Sanitario VI, presencia de un Centro de Salud Rural lo que se traduciría a un mayor acercamiento de los servicios de salud de primer nivel, fortalecimiento de las redes comunitarias en salud, un mejor vínculo entre parteras tradicionales, auxiliares de salud, promotores, personal de enfermería y médico.

Las parteras tradicionales de Arimatea, llevan dedicándose a esta labor en promedio 27 años (rango de 12 a 47 años), atendiendo a mujeres que en su mayoría presentan factores de riesgo preconcepcional (desnutrición, anemia, talla baja...) y reproductivo (periodo intergenésico menor a un año, más de 3 gestas, mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años...) sin dejar a un lado los factores socioeconómicos (pobreza, analfabetismo, madre soltera...) a pesar de esto no existen registros estadísticos de incidencia de casos de morbilidad y mortalidad materna en esta localidad, este fenómeno se deberá a un subregistro en la incidencia y prevalencia de casos o se le atribuirán a la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio. Sería una valiosa aportación determinar si en otras localidades de la región se obtienen resultados similares al de Arimatea, ya que nos conduciría a cuestionar los contenidos, las competencias del personal que instruye, las técnicas didácticas, entre otros y nos conduciría a replantear las estrategias implementadas por las instituciones de salud en materia de capacitaciones y/o adiestramientos o en el último de los casos la falta de interés de las parteras para ser incluidas en estos programas donde el único beneficio es el portar una credencial que las faculta para emitir un constancia de nacimiento que paradójicamente en la mayoría de los casos no podrán realizarlas por ser analfabetas.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

Empoderar a la partera como una profesional de la salud en México, conlleva no solo a reestructurar la legislación sanitaria vigente, sino también a la integración y validación de sus saberes, rescatando la tradición de cada etnia aun con las diversas particularidades que las distinguen una de otras.

Existen diversos organismos que están en continua lucha para lograr el reconocimiento de las parteras en nuestro país, como lo es el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Comunidad Partería en México, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas, cuyo objetivo en común es que se reconozca a esta figura como un personaje líder en áreas tanto urbanas y rurales dentro del sistema de salud, que coadyuve la salud materna en áreas geográficas de difícil acceso, de marginación y carentes de una servicio de salud institucional. En la última década se han diseñado plataformas comunitarias que buscan fomentar el aprendizaje colectivo a partir del intercambio de información de interés, experiencias exitosas y lecciones aprendidas, con la finalidad de mejorar la salud materna y perinatal.

Una partera capacitada puede resolver un evento obstétrico de bajo riesgo y quizá en algún momento abordar una emergencia, esté último debe de ser el objetivo primordial de las capacitaciones emitidas por el sector salud, sin embargo el enfoque va dirigido principalmente a la identificación de datos de alarma en etapas en el embarazo, parto y puerperio y ante el riesgo inminente de complicaciones referir a sus usuarias a una unidad médica resolutive, es decir un segundo nivel de atención para la resolución del evento.

Durante esta investigación se identificó carencias en los programas de capacitación regional, existe un programa anual en el que se deben de abordar 14 temas y 12 subtemas en un periodo de 40 semanas impartido por el propio personal de la unidad médica o responsable de la microrregión quien no siempre es un médico o una enfermera, sino un coordinador comunitario en salud, un técnico en atención primaria a la salud o un auxiliar en salud, personal de salud que, me atrevo a especular si este personal cuenta con la apertura para impartir estos talleres tras la demanda de otorgar las atenciones propias del proceso salud-enfermedad de las propias comunidades, dar atención a otros componentes de promoción a la salud como semanas nacionales, saneamiento básico, manejo de residuos sólidos, enfermedades transmitidas por vector por citar algunos, sin dejar de mencionar las posibles debilidades que el propio personal responsable de las capacitaciones pueden presentar como el dominio del tema a abordar, las habilidades para diseñar estrategias didácticas que permitan construir un aprendizaje significativo, la cosmovisión de la población, la lengua materna y los contenidos que en muchas ocasiones son repetitivos y de poco interés para las parteras ya que no van acordes a los contextos en los que se desenvuelven, obligándolas a ser únicamente replicadoras de un conocimiento de la medicina occidental, modificando así en muchas de las ocasiones sus prácticas milenarias condicionadas a un proceso de acreditación para obtener el visto bueno de la institución de salud.

La estrategia de capacitación y/o adiestramientos a parteras tradicionales no ha incidido notoriamente en la reducción de mortalidad materna y perinatal, me atrevo a señalar que las limitantes de nuestros hospitales sigue siendo la piedra angular para no cumplir con los estándares impuestos por organizaciones mundiales, por citar un ejemplo en nuestro estado existen casas de salud que constituye el servicio más básico en la atención médica, le sigue en complejidad los Centro de Salud Rural, los Centros de Salud Urbanos, los Centros de Salud con Servicios Ampliados, Centros de Salud con Hospitalización, los Hospitales Integrales, Hospitales Básicos Comunitarios, Hospitales Generales, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad carentes de planeación en los proyectos, de infraestructura, de equipo y material, de insumos para la salud y de recursos humanos que puedan operar acorde a sus programas médicos para los que fueron diseñados, esto se reduce a no resolver en su totalidad toda emergencia.

RECOMENDACIONES

La morbi-mortalidad materna es un fenómeno multicausal, la educación para la salud permitirá reconocer de manera oportuna los factores que impliquen un riesgo en la salud del binomio madre-hijo; es una estrategia que no requiere de muchos recursos financieros, pero sí el compromiso de los profesionales que serán los responsables de diseñar, aplicar, vigilar y evaluar este proceso pedagógico, cuyos resultados pueden verse a mediano y largo plazo modificando los entornos, principalmente el familiar. En base a lo estudiado y a las experiencias obtenidas durante el ejercicio de mi profesión considero pertinente y factible las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar al personal de salud institucional para la aceptación de prácticas alternativas para la atención a la salud, principalmente a todos aquellos que figuren en un servicio de primer nivel.
- Existen figuras en nuestro estado pertenecientes al Instituto de Salud como auxiliares en salud, coordinadores comunitarios en salud y técnicos en atención primaria a la salud quienes pueden fungir como un capacitador habilitado y certificado para ser el enlace directo entre las instituciones y las parteras tradicionales, ya que en la mayoría de los casos tienen el conocimiento de la Lengua Materna y comparten las costumbres de la región.
- Diseño de programas de capacitación con pertinencia cultural, focalizados a regiones geográficas y grupos étnicos.
- Aplicación de técnicas didácticas que promuevan el aprendizaje significativo y pensamiento crítico, esto garantizará la asimilación de contenidos y brindará elementos para la toma de decisiones.
- Incluir procesos de evaluación en los programas de capacitación, con la finalidad de rediseñar los programas de capacitación, la inclusión de diversas técnicas didácticas así como atender las necesidades en el desempeño de cada partera.
- Fomentar la equidad y reconocer el trabajo de cada elemento involucrado en la salud materna. (médico/a especialista- trabajador/a social- médico/a general-enfermero/a- auxiliar de enfermería-promotor de la salud- personal de pasantía de servicio social-partera tradicional.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Mexicana de Cirugía A.C. (2013). *Muerte materna en México*. Editorial Alfil, Cap. I, Pg. 3

Aguilar, O. C. (2022). *Controversias sobre la justiciabilidad de los derechos reproductivos al nacimiento en México. Dilemata*, (37), Pg. 43-53.

Álvarez -Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y Metodología*. México. Paidós.

Arana M.V. (2021). *Las Parteras tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Luscinia CE. 1ª. Edición San Juan Puerto Rico. Pg. 69-93.

Atayde K. y González-Robledo L.,(2020). *Experiencias y emociones de las parteras con relación al sistema formal de salud en México*. RELIGACIÓN 5 (26), Quito, Ecuador. Pg.118-131

Belli L. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Red Bioética/UNESCO, año 4, Pg. 25-34

Berrio L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero*. UAM, México D.F.

Cabrera, C., Gómez, J., Faneite, P., & Uzcátegui, O. (2021). *Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad "Concepción Palacios"*. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela, 81(4), Pg. 342-353.

Carrillo T. (2017). *Tensiones silenciosas y silenciadas en el parto como práctica sociocultural: hacia una revaloración de la partera comunitaria*. DIOTIMA. 3(7). Pg.21

Carrillo A. (1999). *Nacimiento y Muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Vol. 19 Pg. 167-190

<https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147>

Castañeda-Camey X. (1992). *Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos*. Salud Pública México, (34), Pg. 528-53.

Castellanos E., Sánchez A., López E., Castro M.,Capriles C. (2021) *Las TIC y Género: interrelación y efectos. Libro colectivo. Cap. 8 El género en la atención prenatal y mortalidad infantil*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Tendencia. Monterrey Nuevo León, México. Pg. 211-233

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2011). *Estrategia integral para acelerar la reducción de Muerte Materna en México*. Pg. 9-20. México.

Citro S. (2010). *La antropología del cuerpo y los cuerpos en el mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar, Cuerpos Plurales*. Biblos, Buenos Aires, Argentina. Pág. 17-58.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2011) *La Medicina Tradicional Indígena*. http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf

Cosminsky, S.M. (1986). *Prácticas de partería Tradicional y prevención del Embarazo en las Américas*. Ginebra.1986 Pg. 90

Coello-Velasco, A.P., González-Alonso, F., y Velasco-Espinosa, E. (2019). *Parteras tradicionales indígenas: El Derecho Educativo a las Pedagogías "otras"*. Memoria VII Congreso Internacional y IV Congreso Nacional de Investigación en Derecho Educativo. ARIIDE. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México). Pg. 130-137.

Cristina Manca, M. (2014). *Paseando por Chiapas... Acercamiento a una tipología de los terapeutas tradicionales choles de Tila*. *Alteridades*, 0(12), Pg. 5-10. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/536/534>

Cruz, A. (2020). *Comenzó la transferencia de servicios de salud de primer y segundo niveles al INSABI*. <https://www.jornada.com.mx/2020/09/08/capital/028n2cap>.

De León, A. G. (2013). Algunas consideraciones sobre los choles. *Estudios de Cultura Maya*, 12. Pg. 255-284

Díaz Echeverría Daniela Francisca. (2006). *Mortalidad materna: una tarea inconclusa*. Fundar, Centro de Análisis de Investigación AC, México, Pg.9-16

Diagnóstico de Salud Arimatea 2020, (2021). Instituto de Salud del estado de Chiapas. Distrito Sanitario VI Palenque.

Dirección General de Epidemiología, Informe Semanal De Vigilancia Epidemiológica. www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/file/MM_2021_SE16

DOF (Diario Oficial de la Federación) 29 de noviembre de 2019: Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Eroza-Solana, Enrique, & Carrasco-Gómez, Mónica. (2020). *La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia*. 18(1).México. Pg. 112-128.

<https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>

Faneite Josmery, Feo Alejandra, Toro Merlo Judith. (2012). *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*. *Revista Obstetricia y Ginecología*. 72(1), Venezuela. Pg. 4-12.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-7322012000100002&lng=es&tlng=.

Flores A F. (1986). *Historia de la Medicina en México*. Tomo II. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. México. Pg. 380

Flores F. y Troncoso. (1982). *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta la presente*. Edición facsimilar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pg. 272. http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_102/his06102.html

Freyermuth G. y Sesia P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 1ª Edición. México.

Gamboa Montejano Claudia y Valdez Robledo Sandra. (2015). *Mortalidad Materna en México Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas*. Pg.14-22

García-Regalado, J. F., & Montañez-Vargas, M. I. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(6), Pg. 651-657.

Gómez, M., Pool Góngora, R., Cutis Cano, J. (2020). *Influencia de parteras tradicionales capacitadas en la salud materna en una región maya*. *Revista Salud y Bienestar Social*, 4(1), Pg. 54-82. <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/81>

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Frenk J, et al. (2011). *Sistema de salud de México*. *Salud Pública México*. 53(2), Pg.220-232

Harland, C.; Brenchley, R. y Walker, H. (2003). *Risk in supply networks*. *Journal of Purchasing and Supply Management*. 9(1). Pg. 51-62

Heredia-Pi, Ileana, Serván-Mori, Edson, Reyes-Morales, Hortensia y Lozano, Rafael. (2013). *Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México*. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023&lng=es&tling=es.

Hidalgo J, Cárdenas M, Rodríguez S. (2013). *El tutor clínico: Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia*. 10(3), Pg. 92-7. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S1665-70632013000300004%7B%7Dlang=p

Hincapié E. y Valencia C. (2000). *Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía*. *Colombia Médica*. 31(1), Pg. 11-15 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2833110>

Juan, Mercedes, Moguel Ancheita, Alba, Valdés Olmedo, Cuauhtémoc, González Pier, Eduardo, Martínez González, Gabriel, Barraza Llorens, Mariana, Aguilera Aburto, Nelly, Trejo Rayón, Silvia, Soberón Acevedo, Guillermo, Frenk Mora, Julio, Ibarra Espinosa, Ignacio, Lee, Gabriel Manuell, Tapia Conyer, Roberto, Kuri Morales, Pablo, Noriega Curtis, Carlos, Cano Valle,

Fernando, & Uribe Zúñiga, Patricia. (2013). *Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México*, Vol.55, Pg. 1-64.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001

Kanen N. (2021). *Declaración de la directora ejecutiva del UNFPA*. Día Internacional de la Partera. República Dominicana.

UNFPA Dominican Republic | Confiar en la evidencia: invertir en las parteras

Kato Yasuhiko y Constance Kami. (2001). *El constructivismo de Piaget y la educación infantil en Japón*. *Perspectivas*. 31(2). Pg. 223-235

Le Breton, D. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

Loeza Ramírez, G., Villalobos Aguayo, P., & Ríos Oliveros, L. A. (2021). *Características de la satisfacción de las beneficiarias del servicio de partería profesional de Chilpancingo*.

Lucille C. Atkin, Kimberli Keith-Brown, Martha W. Rees y Paola Sesia . (2016). *Partería en México*. Fundación MacArthur . © Management Sciences for Health.

Maldonado López, E. (2004). *Los choles de Chiapas y su camino a utopía*. *Revista Fuentes Humanísticas*, 16(28), Pg. 17-28.
<http://fuenteshumanisticas.azc.uam.mx/index.php/rfh/article/view/408>

Manca, M. C. (1996). Paseando por Chiapas... Acercamiento a una tipología de los terapeutas tradicionales choles de Tila. *Alteridades*, (12), 5-10.

Marion, Marie-Odile. (1994) *Identidad y ritualidad entre los mayas*, Instituto Nacional Indigenista. México.

Meza Palmeros J., Ríos R., Tibaduiza Y., Vázquez V. (2009). *Violencias continuas y resignificación de los padecimientos entre los choles de Tila, Chiapas. Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Pg. 215-251

<https://www.researchgate.net/publication/325456005>

Morales-Andrade E, Ayala-Hernández MI, Morales-Valerdi HF, et al. (2018). *Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible*. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. No. 2, Pg. 61-86.

Moreno Z.E., Becerril M.V. y Alcalde R.J. (2018). *Conocimientos tácito y explícito: análisis comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México*. *Gaceta Sanitaria*, 32(3) Pág. 251-261. DOI <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.006>

Muñoz, A. (2019). *AMLO: Faltan 200 mil médicos por el neoliberalismo en universidades*. <https://www.jornada.com.mx/2019/07/14/politica/006n1p>

National Aboriginal Health Organization (NAHO) (2008). *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educator*. Ottawa Canadá.

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.

OMS (1979). Parteras Tradicionales: Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud. Publicación en offset, N° 44. Ginebra.

OMS oficina regional para las Américas- OPS (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ortega G. Centro Nacional de Equidad y Género de la Secretaría de Salud México. (2018). Boletín CONAMED – OPS. 4(19). Pg. 14-16

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe*. PAHO. Washington DC.

Parra, P. A. (1991). *La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud*. Estudios Demográficos y Urbanos, 6(1 (16)), 69–88. <http://www.jstor.org/stable/40368380>

Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. (2009) *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data*. Lancet. Pg.374, 881-892.

Pelcastre B., Villegas N., De León V., Díaz A., Ortega D., Santillana M., Mejía L. (2005) *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. Rev Esc Enfer USP 39 (4). Pg. 375-382

Pérez L. y Díaz L. (1991). *Apuntes sobre las parteras y el arte de los partos en el virreinato*. Revista de Enfermería. IMSS. 4(1).México. Pg. 53-55

Pulido G. (2009). *Violencia epistémica y descolonización del conocimiento*. Sociocriticism. 24(1). Pg. 173-201

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4637301.pdf>

Peralta Salazar A. *Variabilidad cultural entre dos grupos mayas de Chiapas: tzotziles y Choles*. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/ia.24486221e.1982.2.16491>

Ramírez-Rojas, María Guadalupe, Freyermuth-Enciso, María Graciela, y Duarte-Gómez, María Beatriz. (2021). *Atención de emergencias obstétricas en Chiapas, México. Caminando hacia la conformación de redes*. Liminar, 19(1), Pg. 161-182. <https://doi.org/10.29043/liminar.v19i1.793>

Ramírez, J. (2013) *De la curiosidad al miedo. Experiencia corporal de un grupo de internas ante el encierro y la disciplina en una institución educativa religiosa*. Estudios de Antropología Biológica, XVI. Pg. 623-651.

- Rodríguez Ceja, G. (2017). *Hacer maldad para producir daño o enfermedad. Una aproximación fenomenológica a la brujería en una localidad chol. Estudios de cultura maya* .Vol. 50. Pg. 219-248.
- Ruiz, R. M. R., y Villalobos, C. A. (2018) *Interculturalidad en salud y desarrollo local. Actores sociales, cultura, poder y territorio en el desarrollo local*. Chiapas, México. Pg. 19-47.
- Salazar Peralta, A. M. (2010). *Variabilidad cultural entre dos grupos mayas de Chiapas: tzotziles y Choles*. In *Anales de Antropología*. 9(2).
- Salgado Lévano A. (2007) *Investigación cualitativa: diseños, Evaluación del rigor metodológico y retos*. LIBERABIT. Lima, Perú. 13. Pg. 71-78
- Sánchez M., 2006, *El poder de los santos. Naturaleza y cosmovisión indígena en Elementos* Núm. 64. Pg.13-20
- Sánchez R.G. (2016). *Espacios para parir diferente, un acercamiento a casas de parto en México*. Ecosur. 1ª. Edición. San Cristóbal de las Casas, México.
- Secretaría del Salud. (2019). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. México: Gobierno de México.
- Sibley. (2008). *Entrenamiento del asistente del parto tradicional para mejorar los hábitos sanitarios y los resultados del embarazo* (Revisión Cochrane traducida).Cochrane Plus.No.4. Oxford.
- Siegling V., (2021). *Las Parteras tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Luscinia CE, 1ª. Edición. San Juan Puerto Rico. P.95-117
- Soberón G., Valdéz C., (2007) *Evidencias y salud. ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México?*, Salud Pública México; 49(1) Pg. 5-27
- Soberón-Acevedo G., (2012) *En el umbral de la universalidad del sistema de salud mexicano. Una visión del trascendente reto a vencer*. Discurso presentado en Ceremonia de Instalación del Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE, celebrada en la Secretaría de Salud; Julio 10; México DF, México.
- Tetelboin Henrion C., Piña Ariza M., Melo Hernández K. (2021). *El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador*. Salud Problema, Segunda Época, Año 14, Número 28. Pg. 34-53
- Torres Campoy, S. C. (2021). *La apropiación de los saberes tradicionales en México: una perspectiva semiótico-pragmática*. Estudios Semióticos, 17(2), Pg. 143-163.
- UNFPA, OMS, International confederation of midwives . (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014: hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*.

ANEXOS

Operacionalización de Variables

Variable	Tipo de Variable	Operacionalización	Categoría
Nivel de conocimiento de datos de alarma	Discreta	Información, habilidades y destrezas que tiene la partera para identificar de manera oportuna signos y síntomas de alarma en sus usuarias.	Nivel de conocimiento de datos de alarma en el embarazo. Nivel de conocimiento de datos de alarma en el parto. Nivel de conocimiento de datos de alarma en el puerperio.
Lengua	Discreta	Bilingüe Monolingüe	Español Chol Tzeltal Español-Chol Español-Tzeltal

Definición	Indicador	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Índice	Valor
Avance de la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.	Instrumental Técnico Metodológico	1. Recuerda 2. Comprende 3. Aplica 4. Analiza 5. Evalúa 6. Crea	Bajo Medio Alto		Bajo= Menor de 6 Medio= De 6 a 8 Alto= Mayor a 8
Sistema de comunicación verbal propio de una comunidad humana y que cuenta generalmente con escritura.	Categoría	1. Español 2. Chol 3. Tzeltal 4. Español-Chol 5. Español-Tzeltal			

Variable	Tipo de Variable	Operacionalización	Categoría
Edad	Continua	Edad de la partera	Adultez Persona mayor
Escolaridad	Discreta	Nivel académico formal e institucional con el que cuenta la partera.	Analfabeta Alfabeta
Capacitaciones	Discreta	Número de capacitaciones recibidas por parte de una figura institucional en un lapso de 3 años.	



Definición	Indicador	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Índice	Valor
Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Años cumplidos	Edad en años expresado por la partera	Años		1) 50 a 54 años 2) 55 a 59 años 3) 60 a 64 años 4) 65 a 69 años 5) 70 y más
Años cursados y aprobados en alguna institución educativa.	Categoría	Sin enseñanza educacional Enseñanza básica incompleta Enseñanza básica completa	Grados de estudio	Grado 1º a 6º Grado 7º a 9º	1) Ninguna 2) Primaria incompleta 3) Primaria Completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria Completa
Conjunto de actividades didácticas orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y actitudes de un sujeto.	Asistió No asistió	Numero de capacitaciones	Nominal		1) Ninguna 2) De 1 a 2 3) De 3 a 4 4) Más de 5

Variable	Tipo de Variable	Operacionalización	Categoría
Limitación en la partería	Discreta	Percepción de factores que dificultan su práctica.	Geográficos Sociales. Cultural
Satisfacción laboral	Discreta	Percepción y valoración de su propio trabajo durante su trayectoria.	Retribución económica Condiciones laborales Reconocimiento

Definición	Indicador	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Índice	Valor
Circunstancia o condición en el ejercicio de la partera que limita, impide o dificulta su desarrollo.	Lugar de residencia. Alfabetismo. Recursos económicos. Insumos. Lengua Materna.	Categórica		Endógena. Exógena.	1. Nulo 2. Presente
Sentimiento de agrado que experimentan las parteras por el hecho de realizar sus actividades	Correspondencia entre remuneración y esfuerzo. Suficiencia de recursos que faciliten el desarrollo de sus actividades Hay elogios por otros sujetos.	Categórica			1. Muy satisfactorio 2. Satisfactorio 3. Poco satisfactorio

Programa de capacitación a Parteras Tradicionales
Instituto de Salud del Estado de Chiapas.



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

No progresivo	Mes que reporta:				talleres 2021		
	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TEMA 1	TEMA 2	TEMA 3
					Alimentación Saludable (Dieta de la Milpa)	Embarazo saludable	Identificación de signos de alarma (embarazo, parto y recién nacido).
					Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma ó huella	Firma ó huella	Firma ó huella					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN CAPACITÓ:

NOMBRE DE LA UNIDAD QUE REPORTA:



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

No progresivo	Mes que reporta:				talleres 2021		
	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TEMA 4	TEMA 5	TEMA 6
					Referencia Oportuna para Atención Prenatal y de Parto.	Atención de Parto Limpio y Seguro.	Planificación Familiar/APEO.
					Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma ó huella	Firma ó huella	Firma ó huella					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
 JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
 COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
 PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

Mes que reporta:		talleres 2021				TEMA 7	TEMA 8
No progresivo	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	Cuidados en el Parto , Puerperio y del R/N.	Lactancia Materna , Alojamiento Conjunto e Inmunizaciones .	
					Fecha:	Fecha:	
					Firma ó huella	Firma ó huella	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
 JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
 COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
 PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

Mes que reporta:		talleres 2021				TEMA 9	TEMA 10
No progresivo	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	Plan de Parto Seguro y línea Materna	Tamiz neonatal y Tamiz auditivo.	
					Fecha:	Fecha:	
					Firma ó huella	Firma ó huella	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
 JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
 COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
 PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

No progresivo	Mes que reporta:			talleres 2021		
	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TEMA 11 Responsabilidad Legal y Uso Y Prevencion de Oxitocicos.	TEMA 12 Redes sociales de Apoyo ,Plan de Seguridad y Transporte AME.
					Fecha:	Fecha:
					Firma ó huella	Firma ó huella
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



INSTITUTO DE SALUD DE ESTADO DE CHIAPAS
 JURISDICCION SANITARIA No. VI SELVA
 COORDINACION DE SALUD DE LA MUJER
 PROGRAMA DE DESARROLLO DE COMPONENTE COMUNITARIA



Lista de asistencia de Talleres a parteras tradicionales

Las parteras tradicionales anotarán su nombre completo, edad, localidad y la fecha en la que se dió el taller

No progresivo	Mes que reporta:			talleres 2021		
	NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TEMA 13 Atencion Pregestacional y recomendación de uso acido folico .	TEMA 14 Enfermedades de Transmision sexual.
					Fecha:	Fecha:
					Firma ó huella	Firma ó huella
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “El conocimiento de la partera Chol para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Facultad de Medicina Humana Campus II de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Entiendo que este estudio busca conocer el nivel de conocimientos que tienen las parteras para identificar datos de alarma en el embarazo, parto y puerperio y sé que mi participación se llevará a cabo en mi domicilio ubicado en el ejido de Arimatea, municipio de Palenque, Chiapas, en el horario que yo determine entre las 09:00 y 16:00 hrs, en donde me realizarán una entrevista que demorará alrededor de 60 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma participante: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con la Mtra. Francisca Beltrán Narcia al e-mail Directora del proyecto o con Mary Carmen Ibarra Mejía responsable del proyecto de investigación al e-mail serviciosdesalud6@hotmail.com o al teléfono móvil 9161052439.

Guía de preguntas para las parteras

Nombre:
Edad:
Estado Civil:
Escolaridad:
Lengua:
Ocupación:

1. ¿Cómo decidió hacerse partera?
2. ¿Quién le enseñó la partería?
3. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando la partería?
4. ¿Qué tipo de atenciones da?
5. ¿Cuántas atenciones da en un mes?
6. ¿Cuántos partos atiende en un mes?
7. ¿Qué tipo de seguimiento da?
8. ¿Cómo sabe que el embarazo no va bien?
9. ¿Cómo reconoce que hay complicaciones en el parto?
10. ¿Qué pasa con las mujeres después del parto?
11. ¿Cómo identifica problemas en el puerperio?
12. ¿Conoce al personal de salud que labora en su comunidad?
13. ¿Cómo es la relación con este personal?
14. ¿Ha recibido apoyo de las instituciones durante su ejercicio?
15. ¿En qué consiste este apoyo?
16. ¿Ha participado en programas de capacitación por parte del sector salud?
17. ¿Cuántas capacitaciones ha recibido en los últimos 3 años?
18. ¿Cómo fue su experiencia en estas capacitaciones?
19. ¿Le han servido estas capacitaciones en su práctica?

20. ¿Qué le gustaría aprender para fortalecer sus conocimientos y habilidades?
21. ¿Cundo usted ya no pueda trabajar la partería, quien dará continuidad a su ejercicio?
22. ¿Qué necesita para mejorar su servicio?
23. ¿Qué problemas ha tenido durante su práctica?
24. ¿Porque cree que las mujeres acuden a la partera?
25. ¿Se encuentra satisfecha con su desempeño?

Retomando la “Guía de preguntas para las parteras de las casas de partos” anexo 2 del libro “Espacios para parir diferente, un acercamiento a casas de parto en México” de Georgina Sánchez Ramírez.

Estratificación de Riesgo Papiernik- Berhauer modificado por Gonik- Creasy (1986)

Puntaje	Estatus socioeconómico	Historia Obstetrica previa	Hábitos diarios	Embarazo actual
1	2 hijas(os) en casa Bajo estatus socioeconómico	1 aborto con intervalo intergestacional < 1 año	Trabajo fuera de casa	Fatiga no usual
2	< 20 años > 40 años Madre soltera	2 abortos	Tabaquismo >10 cigarrillos diarios Subir > 3 pisos por escaleras sin elevador	Ganancia de peso < 13 kg a las sem 32 Albuminuria Hipertensión Bacteriuria
3	Muy bajo nivel socioeconómico Talla < 150 cm Peso <45 kg	3 abortos	Trabajo pesado Viajes diarios con trayectos largos fatigantes	Pérdida de peso > 2 kg Cabeza fetal encajada a las 32 semanas
4	<18 años	Pielonefritis		Sangrado despues de la semanas 12 Ceérvix corto Borramiento y dilatación cervical Actividad uterina
5		Malformación Mulleriana Aborto de 2do. Trimestre Exposición a dietilestilbestrol		Placenta previa Polihidramnios
10		Parto pretérmino previo Aborto del 2do trimestre de repetición.		Embarazo gemelar Cirugia abdominal

*Interpretación: 0-5= Bajo riesgo 5- 9= Riesgo intermedio >10 = Riesgo elevado

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

E. Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal		
	Recomendación	Tipo de recomendación
Carné perinatal	E.1: Se recomienda que cada embarazada conserve sus propios datos clínicos durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada
Continuidad asistencial impulsada por parteras	E.2: Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	E.3: La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales de salud cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	E.4.1: Para mejorar la salud de la madre y del recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a los servicios asistenciales. ^{4b} Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos
Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal ^{4c}	E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal ^{4d} en un amplio abanico de profesionales como trabajadores de salud no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas ^{4e}	E.6: Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales de salud calificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	E.7: Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

Documento publicado en "GUÍA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES COMO PERSONAL DE SALUD NO PROFESIONAL" Secretaría de Salud. (2012-2018)

Propuesta de carta de solicitud (no oficial)

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD SECRETARÍA DE SALUD Presente CARTA DE SOLICITUD DE TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL NO PROFESIONAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EMBARAZOS, PARTOS Y PUERPERIOS NORMALES EN BASE A LOS ARTÍCULOS 102 AL 114 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. La que suscribe, de nombre _____, partera tradicional de la comunidad de _____, Municipio de _____, con ____ años de experiencia como partera, en base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en sus artículos 102 a 114, solicita atentamente la realización del trámite de autorización como Personal No Profesional en la atención de embarazos, partos y puerperios, para la comunidad de _____, Proporciono mis datos personales :Domicilio _____, Calle y Número: _____, Colonia: _____, Delegación o Municipio: _____, Código Postal _____, Entidad Federativa: _____, Teléfono: _____, Clave Única de Registro Poblacional (CURP): _____.

Para el fin señalado, hago constar que cuento con aval de la comunidad y que he recibido cursos de capacitación de parte de (Secretaría de Salud) o (IMSS Oportunidades), contando con los comprobantes correspondientes y anexo los siguientes documentos: Anexo los siguientes documentos: • Acta de nacimiento, • Copia de credencial del IFE, • Aval de la Comunidad (Documento con la firma de la autoridad local o asamblea comunitaria en donde se le reconoce como partera tradicional), • Constancia de capacitación por los Servicios de Salud.

Manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que los datos aquí asentados son ciertos y que cuento con facultades suficientes para realizar las actividades referidas en base a lo especificado en los artículos 102 a 114, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Firma de la interesada

Nombre y firma de Testigo

C.c.p. _____ Secretario de Salud Estatal.

C.c.p. _____ Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

C.c.p. Dr. José Alejandro Almaguer González. Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. DGPLADES