



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**  
**MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**  
**CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS**

**LAS PARTERAS TRADICIONALES DEL NORTE DE CUERNAVACA, DESAFÍOS  
Y OPORTUNIDADES PARA SU OFICIO**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

**MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:**

**PALOMA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ**

**TUTORA**

**CATHERINE MENKES BANCET**

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, Cd. Mx. JUNIO 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Contenido

Agradecimientos .....	3
RESUMEN .....	4
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	5
Problemática social de las parteras.....	7
Justificación .....	7
<i>CAPÍTULO I. LOS ESTUDIOS DE GÉNERO RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE LAS PARTERAS</i> .....	11
La perspectiva de género .....	11
El trabajo femenino.....	15
<i>CAPÍTULO II. EL OFICIO DE LAS PARTERAS</i> .....	19
Antigüedad de la partería .....	22
La persecución de las mujeres sabias .....	23
La maternidad robada.....	27
La medicalización del parto.....	28
Conflictos entre el saber médico y el saber de las parteras .....	35
La investigación sobre partería .....	40
<i>CAPÍTULO III. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</i> .....	46
Marco jurídico .....	47
Las políticas en salud reproductiva .....	48
<i>CAPÍTULO IV. PARA CONOCER EL TRABAJO DE LAS PARTERAS</i> .....	51
Metodología.....	51
Localidades de trabajo .....	55
<i>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS</i> .....	60
Categorías de análisis .....	60
I. Datos socioeconómicos.....	60
II. Inicios como partera.....	61
III. Descripción del trabajo .....	63
IV. Las parteras organizadas.....	66
V. Capacitación .....	67
Relaciones con otros médicos y la Secretaría de Salud en Morelos.....	68
VI. Ingresos como partera .....	70
VII. Alternativas al oficio de partera.....	70

VIII. Incorporación a instituciones oficiales.....	71
Resumen de resultados.....	73
<i>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</i> .....	74
Desafíos y oportunidades para continuar en el oficio de partera .....	74
Conclusiones .....	76
Referencias bibliográficas .....	80
ANEXO .....	84
Glosario .....	85
Guía de entrevista a parteras.....	88

## Agradecimientos

Los estudios realizados en la Maestría de Trabajo Social, en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, así como la investigación de esta tesis y su escritura han sido realizados gracias al pueblo de México, que permite que la UNAM sea gratuita, y que existan las becas, como la de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico PAPIIT ID 300712 *Evaluación de estrategias de manejo de recursos en comunidades rurales de Morelos, Tabasco y Quintana Roo* a cargo de la Dra. María de Jesús Ordóñez Díaz y la de posgrado de la UNAM, que me permitieron por un semestre cada una, tranquilidad y sosiego para dedicarme a un tema que me apasiona.

Gracias a quienes aportaron ideas y caminos de solución, como la Dra. María de Jesús Ordóñez Díaz y mi tutora Catherine Menkes Bancet, a maestras y maestros quienes me acompañaron, a través de la evolución de un proceso que en algún momento había de terminar.

A la grandeza del Espíritu que nos habita, del que somos parte y unidad, que nos inspira con amor y nos da las palabras y las ideas para expresar nuestra creatividad.

A mi familia, en especial a mi madre, que preguntó y preguntó, si ya había acabado, si ya estaba todo en orden, a mis maestros que me dieron muchas armas para realizar este trabajo, al personal administrativo que forma parte de un gran entramado que permite que estudiemos, a todas las personas que de alguna forma me ayudaron, muchas gracias.

Un agradecimiento muy especial a las parteras que amablemente contestaron mis preguntas, me concedieron su tiempo, me contaron sus experiencias. Sin su ayuda no sería posible este trabajo de investigación.

## RESUMEN

La partera es la persona cuya función primordial es la atención del embarazo y el parto y de atender a la madre y al bebé durante el puerperio. Se han encontrado evidencias de su labor en códices precolombinos, se reconoce la importancia de sus actividades en las comunidades y especialmente las indígenas. Existen parteras tradicionales que desempeñan su oficio aprendido de generación en generación, parteras empíricas que han aprendido por su cuenta, en algunos casos se han preparado en cursos que imparten los servicios de salud, por último hay parteras profesionales y enfermeras obstétricas y perinatales que se han capacitado en escuelas. Se hace una revisión de la historia de la partería en Europa y su influencia en México, y cómo es la atención del parto en México en la actualidad. Con los datos del sector Salud y encuestas, se observa que la gran mayoría de los partos son atendidos en hospitales por médicos y enfermeras, se ha incrementado la incidencia de cesáreas, al mismo tiempo ha aumentado la medicalización de los partos. Diversas instancias como la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones mexicanas han emitido recomendaciones para mejorar la atención de las mujeres embarazadas y asegurar las condiciones para un parto humanizado, donde intervengan más las parteras y sean ellas quienes encaucen los embarazos riesgosos a los médicos especializados, así como la capacitación de parteras. Las políticas públicas en salud, apoyadas en leyes y normas, en la aplicación del presupuesto en los programas de salud, pueden influir sobre el trabajo de las parteras y su presencia en la sociedad. A partir de los años noventa del siglo pasado nuevamente se abren escuelas de parteras. Las asociaciones de parteras promueven la partería, informan, colaboran, educan y actualizan a las parteras y sus pacientes, existen en varios estados del país. El marco teórico de esta investigación se basa en los estudios de género, para llevarla a cabo se entrevistó a seis parteras en activo, en la parte norte de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México.

## INTRODUCCIÓN

Las personas estamos llenas de creencias en relación al parto que nos han sido transmitidas en cada cultura, en especial las mujeres que en muchas ocasiones dejamos de lado nuestros anhelos, por hacer y servir a otras y otros, como nos lo recuerda la autora Casilda Rodríguez (2000). Ella nos hace reflexionar sobre la desconexión del cuerpo y de las emociones por este vivir para los demás, y que uno de los sucesos que más influencia tienen en nuestra vida es el modo en cómo llegamos al mundo, en cómo nacemos, quién nos recibe y la manera como somos tratados en esos momentos; de la conexión inmediata que tengamos con nuestras madres. El parto es un suceso importante en la vida de las mujeres, es una oportunidad de conectarse con su feminidad, con la naturaleza, una oportunidad de darle un significado distinto que puede llevarlas al placer (Merelo Barberá, 1980). La forma en cómo llega una mujer al momento del parto, de cómo es atendida y son respetadas sus necesidades de compañía, movimiento, intimidad, tranquilidad, determinan también su conexión con su bebé al estar en contacto en cuanto nace, y de esta pequeña criatura con el mundo y el resto de la humanidad. Por milenios las parteras han sido quienes se encargaban de la atención de las mujeres antes y en el parto, muchas se formaron a través de las tradiciones de sus comunidades, hay quienes han auxiliado a otras mujeres en el parto y terminan siendo parteras, otras más han aprendido esta profesión de forma escolarizada. La forma en que han llegado a ejercer este oficio de partera, comadrona o matrona, es diverso, y trae al mismo tiempo formas propias del conocimiento de cada cultura en que se han formado.

La historia de las parteras tiene que ver con la historia de la humanidad, han atendido a las mujeres durante milenios y esta relación de ser acompañantes se ha transformado debido a múltiples causas, una de ellas ha sido la intervención de los médicos en la atención del parto, especialmente a partir del siglo XVII, primero como auxiliares para la mujer y luego con instrumentos como el fórceps, más tarde con medicamentos. Los hombres no siempre fueron aceptados como comadrones o parteros, se fueron introduciendo poco a poco, especialmente entre las clases altas, después emprendieron una campaña para no solo ser aceptados sino también descalificar a las parteras y obligarlas a profesionalizarse y a la vez convertirlas en ayudantes de los médicos. En las zonas alejadas, fuera de la influencia de la medicina y más tradicionales, continuaron atendiéndose con parteras. La idea que subyace en el imaginario social es la desvalorización del trabajo de las mujeres, y por tanto de las parteras, por ello se recurre a la teoría de Género, para encontrar formas de interpretar la situación de las parteras en la actualidad, y encontrar formas que permitan nuevos acercamientos entre parteras y médicos.

Con la introducción del parto medicalizado, las ideas acerca del mismo involucran dolor, miedo y desconocimiento del propio cuerpo de las mujeres y sus capacidades; se ha asociado con desconfianza acerca de la posibilidad de que las parteras den una atención apropiada, y de que solo el personal médico y de enfermería es el adecuado para atender partos. Actualmente los programas de salud materno-infantil del Estado involucran casi exclusivamente la atención médica, como lo observamos en la información estadística de la atención del parto en México (ENSANUT, 2012). Estos programas cuyo objetivo ha sido mejorar la atención de las madres y sus recién nacidos, han tenido buenos resultados, al reducirse la mortalidad y las enfermedades asociadas al embarazo, el parto y el puerperio.



Pero las parteras han reducido sus actividades con las mujeres, a pesar de ser personal capacitado en los cursos que la Secretaría de Salud les proporciona en sus programas de salud materno-infantil.

### Problemática social de las parteras

La situación de la partería tradicional específicamente en el norte de la ciudad de Cuernavaca, Morelos. En la República Mexicana, el 99.3% de los partos son atendidos por personal de salud, a partir de este dato se percibe el escaso margen de acción de las parteras que aún prestan sus servicios (ENSANUT, 2012). En el Estado de Morelos el oficio de partera, que es netamente femenino, ha estado reduciéndose en los últimos 25 años hasta en 60% y datos más contundentes nos hablan de la reducción de 100 parteras en diez años, ya que hacia 2005 había 352 parteras, y en 2015 había 252, con un promedio de dos partos atendidos por cada partera tradicional (SSM, 2015). En la ley de Salud del Estado de Morelos las parteras no tienen reconocimiento oficial para su oficio o profesión, sin embargo la Secretaría de Salud de Morelos (SSM) sí reconoce las actividades de las parteras tradicionales y dictan cursos para su preparación. En las comunidades rurales y pueblos con usos y costumbres tradicionales, algunos en proceso de conurbación a ciudades cercanas, permanece la costumbre de la asistencia con parteras y en los últimos años, nuevos sectores de población femenina están interesados en atenderse con ellas.

### Justificación

Encontramos que en el estado de Morelos: el desplazamiento del trabajo de las parteras tradicionales, por el sector médico, debido a las políticas públicas de atención de las mujeres embarazadas en las instituciones de salud, comporta la pérdida de conocimiento y tradiciones de las que las parteras son depositarias. Desde la propia percepción de las parteras, se pretende conocer el alcance de sus actividades y sus acciones para continuar en su oficio, las estrategias y alianzas que les han abierto opciones de trabajo, las enseñanzas que ponen en práctica y han perdurado en su quehacer con las mujeres y la población que atienden; se reconoce la necesidad de políticas públicas en la atención al embarazo, parto y puerperio que incluya a las parteras, para que continúen laborando entre la población de mujeres en edad reproductiva, y que esto permita que la atención del parto mejore en calidad y calidez. Existe de parte de algunos sectores de mujeres, el interés por el trabajo de las parteras, de manera que es prioritario que se abran más escuelas de partería y casas de nacimiento manejadas por parteras, para toda la población que lo demande.

Una vez descrita la problemática de las parteras tradicionales se investigan los siguientes temas: en que situación se encuentran y cómo desarrollan su trabajo las parteras en el norte de la ciudad de Cuernavaca, Morelos,

Se tiene el objetivo general de reconocer la situación en la que se encuentran las parteras del Norte de Cuernavaca. En particular, se quiere conocer las estrategias y alianzas que las parteras han desarrollado para permanecer trabajando en las comunidades; reconocer las prácticas que les han permitido continuar con su trabajo ante las presiones de las políticas públicas en salud materno-infantil.

Específicamente se quiere saber.

- qué estrategias han desarrollado las parteras para continuar en su oficio,
- qué prácticas y saberes utilizan las parteras, aunque hubiera alguna capacitación y,
- cómo conciben las parteras los desafíos que les presenta la modernidad para su trabajo.

Para dar respuesta a lo anterior, se parte de los siguientes supuestos de investigación: es posible que para permanecer trabajando en las comunidades del norte de la ciudad de Cuernavaca, las parteras desarrollen estrategias que les permitan continuar con su oficio, además como consecuencia de la aplicación de políticas públicas en la atención de la salud materno-infantil, las parteras tradicionales hayan realizado cambios en sus prácticas.

Existen muchas preguntas sobre su trabajo y su vida que nos inquietan en la sociedad, por ello indagamos en el trabajo de las parteras y sus estrategias de sobrevivencia. Para conocer a las parteras de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, acudimos a diversas fuentes, para realizar entrevistas que nos ilustren sobre su vida y trabajo. El capítulo uno de este trabajo nos refiere a la teoría de género y la perspectiva de género como el eje teórico que atraviesa de manera transversal los acercamientos a esta problemática, ya que las relaciones de poder entre los géneros condicionan significativamente los roles jerárquicos entre médicos, enfermeras y parteras. Desde esta perspectiva, partimos de que los significados que se construyen alrededor del cuerpo femenino están permeados por estas relaciones de género. El segundo capítulo analiza el oficio de las parteras, el surgimiento de esta actividad, su historia desde tiempos prehispánicos, los sucesos en Europa desde el siglo XVI que influyeron en México durante el Virreinato, y los sucesos durante los siglos XIX, XX y XXI. En el capítulo tres se revisa el marco jurídico, los derechos sexuales y reproductivos, las políticas en salud reproductiva y las instituciones del Estado que las llevan a cabo. El capítulo cuatro contiene

la metodología utilizada en esta investigación, las localidades donde se trabajó, el perfil sociodemográfico de las parteras tradicionales y su ubicación, las entrevistas para conocer la situación, estrategias, prácticas y percepciones de las parteras en el norte de la ciudad de Cuernavaca, Morelos. En el capítulo quinto se exponen los resultados, y en el capítulo sexto la discusión y las conclusiones. Al final hay un anexo con un glosario y la guía de entrevista aplicada a las parteras.

## CAPÍTULO I. LOS ESTUDIOS DE GÉNERO RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE LAS PARTERAS

### La perspectiva de género

La teoría de género es una concepción de la vida y del mundo basada en el feminismo (Lagarde, 2013), el cual considera las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, valora a las mujeres y sus actividades, reconoce que la opresión es común a toda la sociedad y trata de encontrar un equilibrio armónico entre los dos géneros. La perspectiva de género analiza lo que significa el género, el género es la forma en como la sociedad concibe a sus integrantes, les da un papel y los echa al mundo, esperando que se comporten con los estereotipos que les ha asignado. Al ser una construcción social, se espera una conducta de cada género y esto refuerza situaciones desiguales en la sociedad. Los estudios de género al reconocer esta desigualdad, estimulan la reflexión sobre los modelos de conducta, lo cual permite explicar y buscar alternativas, nos hace considerar la equidad de género como solución a numerosos cuestionamientos sociales. Reconocer que hay un orden dictado por el género en el mundo, con estereotipos y normas, y hacerlos evidentes ante la sociedad, desmantela críticamente el cómo se concibe el ser mujer u hombre. Al mismo tiempo que se reflexiona en el papel que cada género ha ocupado en el mundo, permite discutir y encontrar nuevas formas de relacionarse, basadas en la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres.

Las mujeres han hecho esfuerzos para ser reconocidas en numerosas ocasiones, al visibilizar que existe opresión en la sociedad hacia ellas y otros grupos humanos. De manera que a lo largo del tiempo ha habido cambios sociales gracias a estos esfuerzos. Las feministas se

atreveron a desafiar las reglas y a encarar la desigualdad, a reconocer la aportación de los grupos sociales diferentes, pero silenciados, a reconocerse como minoría por estas diferencias de género, clase, etnia, preferencia sexual, raza y edad (aquí caben muchas desigualdades), siendo en realidad mayoría. Buscar la equidad, ir construyendo poderío sobre la propia vida, revisar las propias formas de actuar y modificar incluso el habla, nos permiten *resignificar a los géneros y a la humanidad* (Lagarde, 2013). Esto por supuesto es un proceso, ya que modificar nuestras creencias es algo que requiere de revisar constantemente nuestra propia conducta y nos puede ayudar a tomar conciencia de nuestra idiosincrasia.

Aprendemos a ser de un género en particular desde la infancia, se nos hace concebir la vida y el comportamiento dentro de patrones de conducta. Estas formas de ser configuran nuestra subjetividad, nuestra persona y cultura, nos dan una identidad de género.

Se observa que la identidad de género varía en cada sociedad particular, pero persiste una opresión hacia el género femenino en general. Es una necesidad cambiar este orden injusto. Hablar de esta situación, criticarla, analizarla, discutirla, ha permitido que se encuentren diversas opciones de actuación ante situaciones problemáticas. Por esta razón la perspectiva de género como creación teórico metodológica de la teoría de género, crea esquemas y posibles acciones ante la misoginia, la homofobia, el sexismo y el machismo que existen en la actual sociedad patriarcal (Lagarde, 2013).

El sexismo es la valoración negativa del sexo opuesto, está inmerso en la cultura, en las relaciones, en la jerarquía del poder, las instituciones y en la mentalidad de las personas. Es un mecanismo del patriarcado, que es la forma dominante de relacionarse en nuestras sociedades, donde los hombres y lo masculino es más apreciado. Ocurre abiertamente o de manera velada y es más frecuente de lo que imaginamos o podemos darnos cuenta.

Las formas en que reconocemos el sexismo son el machismo, la homofobia y la misoginia (Lagarde, 2013). Lo masculino es considerado mejor y tiene connotaciones de superioridad, oportunidad, sabiduría y mayor poder; domina mediante la violencia. A quienes domina son a los débiles, los inferiores, entre ellos a las mujeres, cuyas palabras, sentimientos y acciones ridiculiza, subordina e ignora, por lo que las hace invisibles de forma simbólica.

Hasta en las formas de utilizar el idioma existe el sexismo, que es una discriminación por género. La lengua española tiene un predominio de lo masculino. Son imprescindibles nuevas formas idiomáticas para conocernos desde otro ángulo. El español, como todo idioma vivo, se transforma a partir de sus hablantes. Hay un interés por parte de las mujeres de utilizar el género femenino en lo cotidiano y general, es posible con el tiempo, encontrar términos que incluyan ambos géneros y dejar de discriminar lo que a lo femenino se refiere.

El cuerpo de las mujeres ha sido utilizado por la sociedad patriarcal como botín de guerra; objeto de comercio, sexual y de trabajo; es un cuerpo sometido y manipulado a través de normas culturales y económicas. El orden de las ideas es muy poderoso a la hora de manejar la situación de la mujer, se le somete utilizando la moralidad, la fuerza, las leyes, la política. Los varones no están exentos de esta manipulación, sin embargo es diferente la valoración que se tiene de sus acciones y su trabajo, así como de las oportunidades sociales que se les facilita. El sistema patriarcal legisla sobre el cuerpo de las mujeres, sus funciones reproductivas, su sexualidad, pero hace a un lado su opinión. Es el caso del aborto, la prostitución, la anticoncepción, la maternidad. Al reconocerse y verse valiosas, las mujeres se empoderan. El poder que las mujeres quieren ejercer es sobre su propia vida, sobre su cuerpo, sus acciones, sus decisiones. Es responsabilizarse de hacer posible lo que más quieren, de hacer su voluntad. Pasa de *hacer para los demás* que ha regido su vida, a un *hacer*

*para sí* (Lagarde, 2013) como decisión de vida. Al tomar el poder sobre sus vidas, las mujeres deciden cambios en su comportamiento y su trabajo que afectan al resto de la sociedad. Estos cambios no son rápidos, ha sido una transformación lenta, paulatina, como lo son los cambios sociales, pero que ha afectado al conjunto social. Cada día más mujeres estudian, se hacen responsables de su vida, de sus decisiones, de su situación económica.

Las mujeres han hecho esfuerzos para ser reconocidas en numerosas ocasiones, al visibilizar que existe opresión en la sociedad hacia ellas y otros grupos humanos. De manera que a lo largo del tiempo ha habido cambios sociales gracias a estos esfuerzos. Ellas se atrevieron a desafiar las reglas y a encarar la desigualdad, a reconocer la aportación de los grupos sociales diferentes, pero silenciados, a reconocerse como minoría por estas diferencias de género, clase, etnia, preferencia sexual, raza y edad (aquí caben muchas desigualdades), siendo en realidad mayoría. Buscar la equidad, ir construyendo poderío sobre la propia vida, revisar las nuestras formas de actuar y modificar incluso el habla, nos permiten *resignificar a los géneros y a la humanidad* (Lagarde, 2013). Esto por supuesto es un proceso, ya que modificar nuestras creencias es algo que requiere de revisar constantemente nuestra propia conducta y nos puede ayudar a tomar conciencia de nuestra idiosincrasia.

Gracias al esfuerzo de muchas mujeres que han buscado la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, es que actualmente las mujeres hemos ido conquistando derechos. Paulatinamente se han dado cambios al interior de los hogares, que han tenido impacto en la sociedad, con ello, las mujeres estamos presentes en muchos ámbitos que antes fueron exclusivamente masculinos. Aunque existen avances, la desigualdad persiste, pues requiere de cambios en la mentalidad y las costumbres de la sociedad.



La maternidad es uno de los temas del feminismo y de los estudios de género, que tiene muchas aristas, en esta investigación tocaremos el tema de la maternidad desde las mujeres que deciden ser madres, desde la partería y la atención que proporciona el Estado y sus instituciones. De cómo se atiende a las mujeres en su etapa reproductiva, y del oficio de las parteras, que las mujeres han desempeñado durante miles de años.

### El trabajo femenino

El trabajo de las mujeres ha sido desde hace mucho tiempo objeto de descalificación, minimización y desvalorización. Como si este trabajo fuera *gratis e invisible* (Djeordjian, 2008). En la sociedad actual se reconoce que en muchos aspectos como el económico, el político, de salud, de trabajo, hay muchas desventajas para las mujeres; especialmente en la división del trabajo por sexo, donde las mujeres llevan las de perder (Pedrero, 2008).

El trabajo que la mayoría de las mujeres realizan es vital para la sociedad. Produce enormes beneficios a la familia, a la comunidad y a la sociedad, sin embargo no es suficientemente valorado por el Estado, precisamente porque es infravalorado socialmente. Las mujeres trabajan para el bienestar de sus familias, cotidianamente, sin pago, y ese es el motivo de que se considere que su trabajo gratuito no tiene valor, por una ominosa costumbre surgida hace cientos y quizá miles de años. Ocurre que donde se feminiza una ocupación o empleo, se devalúa y suele ser peor pagado, se le quitan prestaciones (Pedrero, 2008).

Un ejemplo es el trabajo doméstico, que las autoridades gubernamentales habían ignorado en las encuestas de población y las económicas, no medían la dimensión de su valor económico, los beneficios que aportan al bienestar físico de la población y al producto interno bruto (PIB)

de la nación. Las mujeres académicas han buscado darle un justo valor a ese trabajo invisible pero indispensable, nos muestran que en el ámbito doméstico y de cuidado –que en su mayoría es ejercido por mujeres– el valor económico es equivalente y aún mayor, a lo que aportan importantes sectores económicos al PIB de México (Pedrero, 2005). Además, las mujeres no solo dan su trabajo gratuito para mantener el cuidado y la alimentación de su familia, sino que cuando se incorporan al mercado de trabajo, sus labores aumentan, ya que tienen que dejar todo listo para que funcione la familia en su ausencia, mantienen su jornada laboral, a su retorno al hogar deben continuar realizando sus funciones de ama de casa, por lo que muchas veces existe insatisfacción de la mujer en la medida que se le acumulan las labores domésticas; esta es una esclavitud moderna, una triple jornada.

El trabajo de las parteras, un trabajo femenino esencialmente, tiene mucho que ver con las labores domésticas y de cuidado, ya que las parteras tradicionales por lo común son amas de casa. Muchas veces, cuando la partera tradicional entra en la casa de la parturienta a atender un parto, también ayuda en la preparación de comida y en el cuidado de los niños pequeños, del lavado de ropa y otros menesteres de los que la parturienta, en su situación, no puede ocuparse.

Las mujeres también generan conocimiento para la salud y bienestar de las poblaciones, para una agricultura sustentable, para mantener a sus familias y muchos otros conocimientos tradicionales (Shiva, 2009). La globalización y los desarrollos tecnológicos han socavado, pero no necesariamente han generado mejores condiciones para la población, lo que si hacen es erosionar la sabiduría que las mujeres han acumulado para la salud de sus familias y comunidades, al desarrollar la medicina tradicional y la partería (Shiva, 2009).

El trabajo de las parteras tradicionales incluye conocimientos basados en su cosmovisión, propios del lugar en que aprendió su oficio.

La sororidad es un término muy adecuado para describir el trabajo de las parteras: amistad, complicidad, creación en conjunto entre mujeres. Es un compromiso de mejorar la vida para superar situaciones de desventaja y opresión (Lagarde, 2013), así como ayuda y solidaridad entre mujeres. Es un hermanamiento, confianza mutua. Si se analiza cómo desarrollan su trabajo las parteras, se puede decir que han trabajado desde hace milenios en sororidad, pues toman en cuenta las necesidades de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, sus emociones, afectos, comodidad, alimentación, cuidados, intimidad, ayuda en sus labores domésticas, calidez en la atención, tanto a la madre como al bebé por nacer o al recién nacido. Las parteras tradicionales tienen gran importancia para la población de las comunidades rurales y en las colonias urbanas. Son un personaje de respeto, una autoridad moral que impulsa y defiende los derechos de las mujeres, da consejos sobre reproducción.

No solo hay una dimensión sororal en la partería, también hay una dimensión espiritual al considerar la concepción, el embarazo, parto y posparto como sucesos naturales y a la vez sagrados, especiales en la vida de la madre, el bebé y la familia. La partera tradicional considera al bebé por nacer como una persona, así como que el parto vaginal es el más adecuado para la mujer. Reconoce una sabiduría esencial en la madre y el bebé para llevar el proceso con éxito, la presencia en ambos de una sensibilidad y energía necesaria para hacer su labor durante el parto; la mujer en el momento de la expulsión tiene un estado de concentración muy especial, requiere de intimidad para no interrumpirlo. Apoyo, afecto, seguridad, confianza, compañía, un ambiente cálido, ayudan a la madre a crear confianza en quien la atiende y son importantes para que la mujer tenga un parto gozoso. El recibir ayuda

para empezar la lactancia y cuidado del bebé, aumenta la confianza de la madre en sus capacidades. En todas las necesidades de la mujer está presente la partera, no solo ayuda a que la mujer tenga todas las necesidades satisfechas, también evita distracciones para que la mujer pueda dar a luz con toda su atención puesta en el parto.

Que las parteras continúen laborando en su oficio, es una necesidad para las mujeres en edad reproductiva, que permitirá mejorar la atención en situaciones de marginalidad y lejanía de los servicios de salud, pero también para aquellas mujeres que elijan parir en casa y atendidas con calidez, con los conocimientos respaldados por mujeres que han aprendido su oficio de generación en generación.

## CAPÍTULO II. EL OFICIO DE LAS PARTERAS

Actualmente en México, parte de la población rural utiliza los servicios de las parteras tradicionales, pues son quienes tienen el conocimiento para atender la salud de las mujeres embarazadas, el trabajo de parto y el posparto o puerperio; poseen conocimientos ancestrales que se han ido transmitiendo de generación en generación, es común que haya parteras en varias generaciones de la misma familia o de la comunidad, se dice que las personas que son parteras tienen el “don”; poseen conocimiento sobre herbolaria, temazcales, masajes y sobadas, dan tratamientos contra la infertilidad, a ellas acuden para que asistan en sus enfermedades tanto a los mayores como a los niños. En las comunidades ellas gozan de gran reputación, pues tienen que ver con la salud y la vida de la población, quienes prefieren a las parteras antes que al médico o las enfermeras. En las comunidades indígenas y aún en las no indígenas, las parteras realizan rituales propios de esas comunidades, muchas de ellas. La importancia de las parteras en las comunidades alejadas que carecen de servicios médicos es vital, pues ellas cuidan la salud de la población, no sólo los nacimientos y son prácticamente la única opción de atención, además de que el parto se da en la casa, con los recursos que se tienen al alcance (Torres y Rubio, 2007). Se puede decir que el de partera es un oficio netamente femenino, son transmisoras de conocimiento.

Existen tres tipos de parteras: partera tradicional, partera empíricas —algunas están adiestradas mediante cursos y otras no los han tomado— (Castañeda Camey, 1991), por último partera profesional La partera tradicional ha obtenido sus conocimientos por

tradicional oral y hace uso de la herbolaria y otros remedios, además de utilizar medicamentos de patente, utiliza masajes, sobadas y temazcales para remediar las enfermedades reproductivas, mucho de los conocimientos que manejan son de origen prehispánico y muchas veces provienen de comunidades indígenas, atienden partos normales y algunos con complicaciones, esterilidad y enfermedades propias del embarazo y del recién nacido, estas parteras tienden a decrecer por el entrenamiento que ofrecen las autoridades de salud (Castañeda-Camey, 1991). Las parteras empíricas se formaron de la experiencia, la gran mayoría de estas parteras se adiestran con los cursos del sector salud y en ocasiones usan medicamentos de patente y material quirúrgico, aunque siguen usando remedios herbolarios y masajes, ellas mandan a las mujeres con pronóstico de embarazo problemático a los servicios de salud de los hospitales, prácticamente atiende sólo embarazos normales y enfermedades de la mujer e infantiles, también son promotoras del uso de anticonceptivos, no tiene el contexto ideológico ni de conocimiento de las otras parteras, utilizan algunos medicamentos de patente y el material mínimo necesario para el parto (Castañeda-Camey 1991). Las parteras profesionales han ido tomando importancia, muchas de ellas están agrupadas, se han preparado y tomado cursos de forma escolarizada, incluyen cursos de partería tradicional, de enfermería y médicos, antropología, legislación, entre otros conocimientos (AMP, 2014), existen también las enfermeras obstétricas, que pueden atender partos en los hospitales, sin embargo tienen pocas oportunidades de hacerlo porque la mayoría de las veces los ginecólogos son los que atienden los partos (comentado en una reunión de parteras y enfermeras obstétricas). En cuanto a la profesionalización de las parteras, es el hecho de que los organismos internacionales acudan a los mismos argumentos de hace dos siglos para descalificar el trabajo de las parteras o comadronas, puesto que usan

el argumento de que no están calificadas por ser parteras tradicionales, pero no contemplan el qué si saben y cómo atienden a las mujeres (Argüello –Avendaño, Mateo-González, 2014). En un estudio efectuado para el Estado de Morelos en 1990, se registraron 630 parteras en el estado (Castañeda-Camey 1991), el promedio de edad de las parteras era de 52 años; el 63.5% de ellas sabía leer y escribir y cerca de la mitad había asistido a cursos de capacitación, en tanto que un 38.% nunca había asistido a tales cursos; gran parte de las parteras había aprendido de la tradición oral y la práctica, aunque el número de cursos de capacitación aumentó, no estaban al alcance de todas ellas. Se observó que están registradas más parteras en zonas urbanas como la ciudad de Cuernavaca, pero sobre todo en las que rodean las mismas, la autora reconoce que pueden estar mejor registradas las de las zonas urbanas y que las de zonas alejadas no se haya registrado a todas.

En el año 2000, se estimaba que en México, entre el 8% y el 25% de los nacimientos eran atendidos por parteras, esta cifra en el año 2012 había descendido hasta llegar a un 0.3% (ENSANUT 2012). Esta última cifra dice que estos partos no fueron atendidos por personal de salud, lo que más bien indica que existe un subregistro de partos no atendidos por personal de salud (una partera tradicional no está considerada como personal de salud). Un censo de parteras tradicionales en el año de 2005, a nivel nacional incluía 16753 parteras tradicionales, de las cuales estaban capacitadas por la Secretaría de Salud la cantidad de 9869 (el 58.9%), en ese mismo año, en el estado de Morelos había 360 parteras registradas y de ellas 352 parteras (el 98%) estaban capacitadas; para el año de 2012, se tiene un registro de 287 parteras que atendieron 623 nacimientos en ese periodo, mientras que en el primer semestre del año 2013, fueron 312 nacimientos, un promedio de 2 nacimientos por partera por año. Según la Secretaría de Salud en el año 2015, el número de parteras en Morelos fue de 252,

de las cuales 96 viven y trabajan en la ciudad de Cuernavaca. En diez años en Morelos, dejaron de trabajar 100 parteras por diversas razones, una de ellas que llegan a una edad en que se deben retirar, pero también que la demanda de su trabajo se ha reducido y que las autoridades no promocionan sus actividades.

Una revisión histórica, permite explicarnos cómo es que han venido trabajando las parteras desde la antigüedad y cómo ha sido la evolución de los conocimientos, en la atención de las mujeres y sus familias, los cambios sociales que se han dado y cómo es que atienden a las mujeres.

### Antigüedad de la partería

Los seres humanos al nacer estamos indefensos y requerimos muchos cuidados. El *Homo erectus* que fue nuestro ancestro hace un millón de años, llegó a tener un cerebro con mayor volumen (700 cc.) que sus antecesores, lo que ocasionó que las crías nacieran muy inmaduras respecto al resto de los primates, y como comenta Wenda Travathan citada por Fisher (2012), *que la estrechez del canal pelviano en el parto hizo que surgiera la primera profesión femenina especializada, la de comadrona partera*, que era la que recibía al recién nacido.

En los antiguos códices del mundo náhuatl prehispánico, las parteras eran llamadas Tlamatquiticitl y tuvieron una importancia primordial (Soustelle, 1956). Eran sacerdotisas de las diosas que cuidaban a las embarazadas y guiaban a las parteras, además de educadoras en salud, consejeras, yerberas, evitaban la esterilidad, apoyaban a las mujeres y a sus parejas, atendían a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, las visitaban en sus hogares (Soustelle, 1956). Utilizaban el temazcal, es un baño de vapor que consiste en un cuarto



pequeño que se asemeja a un horno de pan tradicional, donde las personas se introducen agachadas y permanecen sentadas, ya que suele ser muy bajo, con un área para calentar piedras, que son las que emiten calor en el interior, se esparce agua con yerbas aromáticas y curativas (Ríos, 2004). Se realizaba una ceremonia previa a que las personas se introdujeran en el baño; el temazcal se utilizaba antes del embarazo para producir relajación muscular, la alta temperatura facilita los nacimientos lentos, en el puerperio ayuda a la expulsión de toxinas y de restos de la placenta, evita la fiebre puerperal y favorece la producción de leche de la madre (Soustelle, 1956). En ocasiones al bebé se le somete al baño de temazcal (López Nazario, 2008). Las parteras usaban una yerba llamada *cihuapatl* (*Montanoa tomentosa*) cuando era necesario aumentar las contracciones; si esto no era suficiente le hacían beber a la parturienta un remedio con un pedazo de la cola de un animal llamado *tlacuatzin* (tlacuache o zarigüeya), que provocaba un alumbramiento inmediato (Soustelle, 1956). Cuando una mujer moría de parto, era considerada tanto como un guerrero muerto en batalla o en sacrificio, su tumba era custodiada para que los guerreros no robaran partes de su cuerpo, que eran apreciadas como reliquias que los hacía *valientes y esforzados* (Soustelle, 1956).

### La persecución de las mujeres sabias

Para entender la historia de las parteras en México, es necesario analizar la condición de las mujeres y su sabiduría en Europa, ya que esto tuvo influencia por los usos y costumbres traídas por los españoles a México en la época del Virreinato. Analizando las herramientas para entender las desigualdades históricas hacia las mujeres que nos dan las autoras: Silvia Federici, Adrienne Rich, Bárbara Ehrenreich y Deirdre English. Yáñez (2013) menciona a

Silvia Federici (2013), en su obra *Calibán y La Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* revisa los cambios que ocurrieron en Europa, de la época Feudal hacia el capitalismo. Las formas de asociación comunitaria se enfrentaron en una lucha de poderes, por la tierra y sus productos. Al perder las comunidades, también las mujeres perdieron sus formas de conocimiento y su libertad, tanto para generar su propio dinero, como en lo personal y social. La mano de obra estaba disponible para su explotación, y más lo fueron las mujeres, se controlaron sus cuerpos para la reproducción y se perdió el valor de su trabajo. No solo el trabajo de las mujeres no siempre recibía pago, no podían usar las tierras comunales, lo que las hacía caer en la pobreza y la dependencia de sus familiares masculinos para sobrevivir. Así surge el modelo de familia nuclear del que nos habla Federici (citado por Yáñez, 2013), como base de la sociedad patriarcal, que se apropió del trabajo que realizaban las mujeres, al mismo tiempo que lo hacía invisible y sin valor. Ante la falta de tierras para sembrar, las guerras, las hambrunas y epidemias, que diezaban a la población, se hizo necesario que las mujeres contribuyeran con más hijos. Una estrategia para mantener el crecimiento de la población y rendirla al sistema patriarcal, fue la caza de brujas. Se destruyeron toda una serie de prácticas sociales propias de las mujeres, el conocimiento para regular su reproducción, y también era su forma de resistirse al poder (Federici, 2013). La gran mayoría de las víctimas de esta cacería fueron mujeres de todas las edades (Ehrenreich & English, 1988). La caza de brujas no fue tanto una práctica fanática religiosa sino más bien política, para controlar a las mujeres y sus conocimientos, pues la mayor parte de los juicios fueron realizados por las autoridades civiles; los grandes teóricos de la transformación del feudalismo al capitalismo de los siglos XIX y XX, no tomaron en cuenta el carácter político de esta cacería de mujeres, en una época donde el colonialismo y el inicio del capitalismo ya estaban en marcha (Federici, 2013). Para el Estado y las iglesias, tanto la católica como las

protestantes, las brujas y curanderas, por su conocimiento para restablecer la salud, sus formas de organizarse y su manejo de la sexualidad (Ehrenreich & English, 1972) eran un peligro para el sistema, por lo tanto había que acabarlas.

Hasta el siglo XVIII, en Europa las mujeres daban a luz ayudadas por parteras; las parteras conocían todo lo relativo a la anatomía de las mujeres, el embarazo, el parto, y las técnicas para ayudar a las mujeres a bien parir; especialmente asistían a las mujeres pobres (Rich, 1986). Fue en el tiempo de la caza de brujas y hechiceras, con la exterminación de las parteras y curanderas (la mayoría eran mujeres) según Ehrenreich (citado por Rich, 1986) cuando *resurgió la profesión médica masculina y elitista*. Las parteras sabían evitar los embarazos y de yerbas abortivas, por lo que las autoridades de su tiempo se interesaron en eliminarlas; como se explicó antes, debido a las grandes pestes la población se había reducido casi un tercio y los dueños de la tierra no tenían servidumbre para labrar sus tierras; al exterminar a las llamadas brujas, que en su mayoría eran parteras, también se perdieron sus conocimientos, por lo que si antes las mujeres tenían los hijos que podían mantener, se multiplicó la población de tal manera (se calcula que era mayor que otros continentes), eran enormes masas de gente hambrienta que se vio forzada a emigrar a otras tierras (Elías). Las diferencias de género, de clase y de origen se acentuaron, los hombres tomaron entonces a las mujeres como posesiones, con poder sobre sus cuerpos, este es uno de los procesos que llevó al capitalismo. Las relaciones entre mujeres dejaron de ser solidarias, puesto que muchas mujeres fueron obligadas a denunciar a otras mujeres, durante la caza de brujas; esto puso a las mujeres a disposición del Estado (Federici, citada por Yáñez, 2013).

Se empezó a desvalorizar el trabajo de las parteras y a asociarlo con la ignorancia, el desaseo y la superstición, como todo lo referente a las mujeres; para los médicos antiguos la partería

no era digna de su atención; sin embargo en los partos complicados se llamaba al médico. Para Federici, la pérdida del conocimiento de las parteras las volvió sujetas pasivas y espectadoras, mientras que los médicos fueron considerados como *dadores de vida* (citada por Yáñez, 2013).

Cuando los hombres lograron atender a las parturientas, especialmente de la clase alta, se excluyó a las mujeres. Hacia el siglo XVI los parteros inventaron instrumentos para facilitar el parto complicado, los fórceps, con el inconveniente que un mal manejo del instrumento podía dañar al bebé y/o a la madre, las parteras fueron desplazadas en ciertos círculos sociales y como mujeres, no podían utilizarlo. Desde luego que las parteras estuvieron contra este tipo de instrumentos por su manejo difícil y superfluo como lo decía la partera Elizabeth Nihell en 1760, “la mano y un buen conocimiento de la anatomía era más que suficiente para *facilitar el parto*, que el fórceps era un instrumento para desplazar a las mujeres de la partería”, que la profesión de partero era más para lucro de los hombres (Rich, 1986). La fiebre puerperal fue una plaga común en los hospitales; se tienen noticias de ella a partir del siglo XVII y se extendió durante 200 años; las mujeres iban a los hospitales a atender sus partos, muchas de ellas murieron contagiadas por los médicos que no se lavaban las manos después de hacer disecciones en cadáveres, así como por enfermeras que atendían a otras mujeres que tenían fiebre puerperal; gracias a que el médico Philip Semmelweis difundió los resultados de sus investigaciones sobre esta plaga –fue muy discutido, combatido y desacreditado por sus colegas–, donde reconocía el motivo del contagio –la falta de aseo de médicos y enfermeras–, mientras que dentro del mismo hospital, las mujeres atendidas por parteras casi no tuvieron fiebre puerperal; tardaron todavía veinte años para aplicar la asepsia en los hospitales y las cirugías (Rich,1986). Este ejemplo de cómo se manejó una urgencia

sanitaria que prevaleció durante tantos años da una idea de cómo durante mucho tiempo no se consideró en su justa dimensión el conocimiento de las parteras y la salud de las madres y los bebés.

¿Pero qué es lo que tiene el parto que inquieta tanto al patriarcado, el sistema social imperante?

### La maternidad robada

La autora Casilda Rodrigañez nos habla de la diferencia entre un parto y un nacimiento con dolor o con placer, reside en la sexualidad y en el deseo sexual de la mujer. *“El nacimiento es un acto sexual que se realizaría con la máxima gratificación del placer si la sexualidad de la mujer que pare no estuviese destruida. Incluso en nuestra sociedad, los que han investigado un poco el tema han censado una tasa de partos orgásmicos, mucho más elevada de lo que nos podemos imaginar, muchos de ellos dolorosos y orgásmicos al mismo tiempo”* (Rodrigañez, 2000). La autora nos describe que desde su punto de vista, el “parirás con dolor” es el correlato de la destrucción de la sexualidad de la mujer, hecho histórico que comienza con la nueva era de jerarquización y de relaciones de Poder de un sexo sobre otro, y que se consolida paralelamente a la consolidación y generalización de la sociedad patriarcal (Rodrigañez, 2000). Este hecho histórico ha sido en cierto modo reconocido incluso por el mismo Freud cuando afirma que 'el continente negro', la sexualidad desconocida de la mujer, tenía que haber sido objeto de una represión específica, remota y particularmente inexorable (Rodrigañez, 2000).

*La respuesta es: “por la cualidad específica de la libido materna y su función en la vida humana autorregulada, tanto en el desarrollo individual de cada criatura humana, como en las relaciones sociales, en la formación social”. “Porque la cualidad específica de la libido materna es el devenir pasión irrefrenable por cuidar de la pequeña criatura”; es la condición misma, la cualidad del deseo y de la emoción materna, que para ese cuidado de la vida mana de los cuerpos maternos. Una vida humana autorregulada que no es fácil de someter y por eso se requiere separar y dejar insensible a la madre por su hijo recién nacido; “Así la sociedad esclavista busca la dominación para extraer, acaparar y acumular las producciones de la vida; es decir, crear Poder, a cualquier precio, con toda la violencia necesaria y con los quebrantamientos de la autorregulación de la vida que sus objetivos requirieran, con tal de sedimentar su Poder contra esta vida humana autorregulada” (Rodríguez, 2000).*

Los mecanismos de intervención del parto y el control de las parteras son los que perpetúan esta pérdida de la maternidad, esta maternidad robada a las mujeres y que permite que la sociedad controle a su gente. Así mismo, los derechos reproductivos no solo son para ciertos grupos, sino para cada mujer y hombre. Aquí las parteras ocupan un lugar especial, ya que han sido ellas las depositarias de la sabiduría ancestral usada por generaciones para recibir y atender a las madres y a sus bebés, usurpada por la atención fría y poco complaciente hacia las mujeres y sus necesidades durante el embarazo, el parto y el puerperio, en las instituciones patriarcales y jerárquicas (Rodríguez, 2000).

La medicalización del parto

Hasta el siglo XVIII las mujeres daban a luz ayudadas por parteras. Durante siglos las parteras llegaron a conocer todo lo relativo a la anatomía de las mujeres, el embarazo, el parto, y las técnicas para ayudar a las mujeres a bien parir; especialmente asistían a las mujeres pobres; cuando los hombres empezaron su trabajo como parteros, en la corte y entre la nobleza, en Europa y en América, fue que se empezó a denigrar el trabajo de las parteras y a asociarlo con la ignorancia, el desaseo y la brujería (Rich, 1986). Fue en el tiempo de la caza de brujas y hechiceras, con la exterminación de las parteras y curanderas (la mayoría de eran mujeres) según Ehrenreich (citado por Rich, 1986) cuando “resurgió la profesión médica masculina y elitista”. Lo referente a las mujeres se veía como sucio y poco decoroso y para los médicos antiguos, la partería no era digna de su atención, y como lo escribe Rich (1986) *la práctica médica de la partería parece menos distinguida que otras especialidades, porque originalmente fue arrancada de las manos de las mujeres y durante siglos se le consideró una ocupación inadecuada para los hombres*; los conocimientos de las parteras fueron registrados en los libros que los médicos escribieron. En Francia la partera Louise Burgeoise Boursier llegó a practicar en un hospital, donde formaba a parteras y médicos, escribió un libro *Observations Diverse* aparecido en el año 1609; ella se interesó en la obstetricia después de tener a su primer hijo. Aprendió de su marido que era barbero y cirujano, y con un médico famoso en aquella época Louis Paré; en uno de sus libros se interesa por la atención de los pobres y pide que se les atienda aun sin cobro (Rich, 1986).

En la época virreinal en México, se consideraba entre la población el parto un acontecimiento natural influido por la religión católica, donde intervenían muchas veces los rezos y novenas para un buen desempeño. Las parteras fueron toleradas porque eran necesarias ya que atendían los partos de toda la población, que si las valoraba, aunque para los médicos era un

oficio indigno; fue hasta el siglo XVIII que se les dio reconocimiento por parte de estas autoridades médicas (Rodríguez, 2000). Las parteras o comadronas tenían ayudantes conocidas como tenedoras. Se empezaron a regular las actividades de las parteras hasta fines de los siglos XVIII y principios del XIX, cuando se publicó un instructivo destinado a ellas con las regulaciones del Protomedicato. Las presiones de los médicos para normar las actividades de las parteras, hizo que ellas se profesionalizaran, como lo escribe en su artículo Ana María Carrillo (1999) “*Nacimiento y muerte de una profesión, las parteras tituladas en México*” donde revisa la historia de las parteras profesionales. A principios del siglo XIX, se estableció que debían ser parteras tituladas, por lo que paulatinamente se fueron abriendo escuelas de parteras, algunas asociadas con escuelas de medicina. Una de las razones era que el estamento médico estaba reemplazando a las parteras tradicionales por mujeres entrenadas por los médicos, para que ellos pudieran tener acceso al tratamiento de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, especialmente las que tenían embarazos complicados. En aquellos años, las mujeres de todos los orígenes sociales preferían a las parteras tradicionales con experiencia, ellas tenían mucho reconocimiento, pues entre las actividades que desempeñaban, daban tratamientos contra la esterilidad, detenían el aborto, ayudaban a “*aumentar la producción de leche y fortalecer a la puérpera*”, vigilaban a la embarazada (Carrillo, 1999). Con el tiempo los médicos fueron tomando más importancia, ejemplo de ello es que en 1900 había en México casi la misma cantidad de médicos que de parteras tituladas, mientras que entre los años 1946 a 1999 se registraron menos del 1% de parteras respecto a los médicos ginecólogos, anestesiólogos y pediatras, que las sustituyeron en las maternidades (Carrillo, 1999). Después de la Revolución Mexicana aumentaron las maternidades en todo el país y cuando se formó el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1944, las enfermeras parteras se ocupaban del control del embarazo, el parto, el puerperio y



la atención del recién nacido, esto permitió que la población aceptara el parto hospitalario. En la siguiente década la mayoría de los partos eran atendidos por parteras, aunque en ocasiones actuaban en el parto de forma medicalizada, en general no solían intervenir, su presencia era más *expectante*, para ser contratadas, debían abandonar la práctica privada y se les relegó de categoría en los hospitales (Carrillo, 1999). Desde 1911 se exigía que las parteras fueran enfermeras, por lo que aumentaron las escuelas de enfermería, se redujeron las de obstetricia y los médicos vieron a las parteras como enfermeras especializadas. Cuando se creó la licenciatura en enfermería en 1967, se eliminó la carrera de obstetricia, que se sustituyó con cursos para la licenciatura, pero los derechohabientes no aceptaron a los licenciados en enfermería como parteros y fueron sustituidos por los médicos ginecólogos-obstetras. Las plazas de parteras se habían cancelado años antes y cuando se jubilaban las que estaban en activo, ya no se sustituían. En 1960 se prohibió que las parteras atendieran los partos en los hospitales, a pesar de las protestas de las parteras en activo.

Ana María Carrillo (1999) hace la observación de cómo el estamento médico en algo más de cien años, toleró, prohibió, instruyó, sustituyó, limitó a las mujeres en la partería, las volvió profesionales, reguló que fueran parteras y al mismo tiempo enfermeras, les limitó la práctica profesional para trabajar únicamente en hospitales, o únicamente fuera de los hospitales, luego les prohibió su trabajo en los mismos, canceló las escuelas de parteras, limitó el ejercicio de las parteras de zonas rurales, y ha querido introducirse en comunidades tradicionales. Todo esto fue porque el sector médico valoró positivamente el atender partos, y encontró en la vida reproductiva de la mujer un nicho donde trabajar y vivir de ello. Fue a partir de entonces que se empezaron a medicalizar los partos y las mujeres vieron con naturalidad ser atendidas en hospitales, creyendo que estos lugares eran más seguros.

Como podemos observar, desaparecieron las parteras profesionales en aquellas décadas, pero esta profesión nunca desplazó a las parteras empíricas y tradicionales, tanto en algunas zonas urbanas como en las rurales, especialmente en las comunidades indígenas donde las parteras han gozado de gran respeto, son poseedoras de un saber propio además de ser un referente cultural en la vida de las comunidades.

En los años ochenta del siglo XX, las mujeres embarazadas empezaron a exigir una atención para sus partos diferente a la medicalizada. Ante esto, en México en el sector de salud reproductiva y materno-infantil, se crearon asociaciones y organizaciones de la sociedad civil, cuyo fin ha sido promover a las parteras en el país. —CASA, RELACAHUPAN, AMP, GIRE. Ellas investigan y promueven la partería en México y en el mundo, colaboran en la educación de las parteras, difunden información actualizada a mujeres y nuevos padres, informan sobre opciones de atención en el nacimiento de bebés sanos y sus madres, fortalecen la comunicación entre los médicos y las parteras; producen materiales audiovisuales y talleres para parteras de los estados, integran redes internacionales de parteras y sus simpatizantes, publican boletines periódicos sobre salud y nutrición de la madre y el recién nacido dirigida a todo público (Torres y Rubio, 2007). Se han creado escuelas de parteras, en Guanajuato, Guerrero, Oaxaca y Estado de México, Morelos, preparan tanto a nuevas estudiantes como a las parteras que ya trabajan como tales.

Es importante reconocer que los grandes avances en ginecología han permitido que los embarazos y partos con complicaciones sean más seguros, al mismo tiempo que existe una gran intervención médica en el parto. Así vemos que en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Se observa que México ocupa el cuarto lugar mundial en cesáreas innecesarias, a pesar de que la Organización Mundial de la

Salud (OMS) recomienda sólo hasta un 10%, y la norma mexicana tiene hasta 20% de los partos. En los hospitales del sector público las cesáreas se llevan a cabo en el 33.7% de los nacimientos, mientras que en el sector privado es de 60.4%; el promedio total para el país es del 45.1%. La ocurrencia de las cesáreas no produce mejores beneficios en forma global, eleva los costos y también los riesgos de morbilidad materna y fetal. A nivel nacional según la encuesta, el 99.6% de los nacimientos fueron atendidos por personal médico y enfermeras, sólo un 0.3% fueron atendidos por parteras. Contrasta fuertemente la reducción cuando se comparan con los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, entonces se calculaba que entre el 8% y el 25% de los nacimientos eran atendidos por parteras. La medicalización del parto favorece la intervención del mismo: inducción del parto, rompimiento artificial de membranas, utilización de anestésicos y otras intromisiones médicas que no siempre son idóneos para la madre y el bebé. En el mismo documento de ENSANUT 2012 sobre cesáreas, se recomienda reforzar la formación de médicos generales y ginecobstetras, enfermeras ginecobstetras, enfermeras generales y parteras profesionales para orientar la atención con un modelo de parto humanizado, apertura de escuelas para formación de parteras profesionales, formación de equipos multidisciplinarios para atención del parto, fomentar el parto vaginal en la práctica clínica, antes que las cesáreas. Se recomienda la atención con calidad y calidez para la embarazada, habilitar lugares para la atención de partos con bajo riesgo y que se refiera a los hospitales sólo los partos que requieran atención especializada.

El registro de muertes maternas en las ciudades entre los años 1998 y 2005, casi duplica la de las muertes en zonas rurales, a pesar de que existe mayor infraestructura de salud en zonas

urbanas; de las 26958 muertes fetales registradas en el año 2000, 24131 fueron atendidas por médicos, mientras que sólo 1036 fueron atendidos por parteras (Torres y Rubio, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985, emitió recomendaciones para la menor intervención médica posible durante el parto, entre ellas: dar información a las embarazadas sobre las diferentes opciones de atención al parto, capacitación de parteras y favorecer partos sin intromisión médica, respeto a las decisiones de la mujer parturienta, que se le permita a la mujer tener acompañamiento de un familiar durante el parto, y que durante éste, ella pueda moverse tanto como necesite, además de favorecer el contacto entre la madre y el recién nacido e iniciar la lactancia inmediatamente.

El parto humanizado es un modelo de atención que considera a la mujer embarazada y su familia y allegados en cuanto a las necesidades, el bienestar emocional y las opiniones en cuanto a la atención del embarazo, parto y puerperio. Se basa en el trato digno y respetuoso de la mujer en su parto, que elige quién le acompaña y atiende, el lugar donde parir y el cómo quiere ser atendida, para lograr un parto vaginal lo más natural posible, que considere los conocimientos y evidencias científicas y con el menor sufrimiento posible, y solo recurre a intervenciones médicas en caso de riesgos y complicaciones.

La atención de médicos y enfermeras para los nacimientos ha ido creciendo de menos de 80% en 1990, hasta 99.7% a nivel nacional en 2012, un comportamiento semejante ocurre en Morelos, mientras que se hace una comparación en estados con menor atención médica y de enfermeras, que también ha ido creciendo, no se incluyen parteras en el personal que atiende los nacimientos.

## Conflictos entre el saber médico y el saber de las parteras

Iván Illich, en su libro *Némesis médica* (1984), nos describe cómo antes la medicina intentaba reforzar a la naturaleza para sanar; pero ahora, la medicina instrumenta terapias, medicamentos, e intervenciones, manipula las condiciones del paciente, de manera que puede tener efectos de “yatrogénesis social”. Éste término lo podemos definir como las lesiones a la salud debido a las transformaciones socioeconómicas que han sido hechas para institucionalizar la asistencia a la salud, la cual se da cuando la burocracia médica crea una salud enferma “aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aún el derecho del cuidado de sí mismo”. La medicalización del parto inicialmente buscaba inhibir la mortalidad y la morbilidad materna y del recién nacido, sin embargo un exceso puede resultar en efectos iatrogénicos, pues hace que la medicina utilice tecnologías, medicamentos, intervenciones como cesárea y episiotomía, acelere el parto mediante oxitocina y otro tipo de acciones que no necesariamente deben usarse, muchas veces con fines de lucro. Cada vez más la atención de la salud y sobre todo del parto, son objeto de comercialización, la salud es ya una mercancía, se puede decir que es una fuente ilimitada de lucro, donde las empresas del capitalismo médico se ven favorecidas por el sistema, explotando la enfermedad y el sufrimiento (Waitzkin y Waterman, 1984).

Un ejemplo de las actividades iatrogénicas está en la investigación de Roberto Castro (2011). Este autor encuentra que en las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población, donde *se ejerce la ciudadanía*, también se ejerce la *disciplina* para buscar mejorar la atención, pero supone la *obediencia* y la *conformidad* de los y las

pacientes, con los dictados del poder médico. En una institución donde las mujeres van a ser atendidas para el parto, muchas veces son tratadas de forma despersonalizada y sin paciencia, lo que ocasiona problemas de calidad en el servicio, pero que pueden definirse como violaciones de los derechos sexuales. En esto tiene que ver la formación de los médicos en universidades y en los hospitales, la estructura jerarquizada del campo médico, las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud. Estas condiciones forman parte del propio cuerpo y la subjetividad de los profesionales, que llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos en su quehacer cotidiano: las relaciones de poder del cuerpo médico, una actitud ante el mundo con sistemas de jerarquías, con frecuencia de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación y reproducidos con las nuevas generaciones de residentes y pasantes de medicina, múltiples presiones laborales para atender a una numerosa consulta de escasos recursos. Aunque esto se aplica a los médicos, las enfermeras también están sujetas a estas influencias como se ve en la investigación de Maribel Ríos Everardo (2001), en que la salud de las enfermeras se ve afectada por las cargas de trabajo.

Podemos reconocer que el conflicto entre las parteras y la medicina oficial, tiene que ver con los saberes no científicos de las parteras, que los médicos no reconocen como válidos, esto ocurre desde hace muchos años, como lo demuestra la revisión de la historia de las parteras, donde los médicos desacreditaban la labor que las parteras hacían. Los médicos querían ocupar el lugar de las parteras en la vida reproductiva de las mujeres –garantizar un nicho de trabajo para ellos– pero también porque al ser mujeres, el trabajo que desempeñaban había y ha sido minimizado y no valorado. Un aspecto de la salud reproductiva es la mortalidad materno-infantil, que se puede decir que es una situación prevenible, con mayores revisiones y controles durante el embarazo, mejor nutrición para la mujer (porque suele ser un problema de pobreza), con servicios de salud al alcance. Por mucho tiempo se atribuyó a

las parteras la responsabilidad en la mortalidad materno-infantil, sin embargo no se tomaba en cuenta que ellas atienden en lugares lejanos, con mayor vulnerabilidad, pobreza y desnutrición. En el discurso de los organismos internacionales de salud, se argumenta que la partera es la profesional que atiende el embarazo, parto y puerperio, esto significa que la partera tradicional y la empírica han sido excluidas como personal de salud, y se ponen con los mismos argumentos que descalificaban el trabajo de las parteras, durante el siglo XIX (Argüello y Mateo, 2014).

El oficio de partera ha sido valioso y muy necesario, ejercido por las mujeres por miles de años en todas las culturas. Todo indica que la utilización de fórceps para acelerar el parto y la posición en decúbito supino (acostada de frente) fueron para mayor comodidad del médico que atendía a las mujeres y que actualmente se sigue usando en los hospitales. La medicalización del parto, con la introducción de instrumentos, posiciones, episiotomías, cesáreas, fórceps, aceleración del parto por métodos bioquímicos, anestesias y otros métodos e instrumentos, ayudó a mejorar la atención de las mujeres y a evitar la morbi-mortalidad tanto de la madre como del recién nacido. Pero también ha provocado innecesarias intervenciones, como las elevadas tasas de cesáreas, que se ha convertido en una práctica común en sectores favorecidos, donde la parte médica ha influido para que se vea la cesárea como un procedimiento “eficaz y sin riesgos”, además en el sector público se elevan los costos a costa de los contribuyentes; por tanto hay que fortalecer la educación tanto de la población como de los prestadores de servicios de salud (González, Vega y Cabrera, 2011). Se observa que cuando los varones intervinieron en la atención del parto, lo hicieron faltos de consideración de las necesidades de la mujer en muchos casos y como lo revela la epidemia de fiebre puerperal durante dos siglos, donde las mujeres eran tratadas con más

aseo por parte de las parteras que de los propios médicos; y respecto a la falta de consideración en ésta época, el estudio de Castro y Erviti, sobre la violencia obstétrica contra las mujeres que se ejerce en algunas instituciones públicas, de forma tanto física como verbal, en situaciones en que la mujer debería estar concentrada en su proceso de parto, no en lo que sucede en el ambiente hospitalario, muestra una situación de vulnerabilidad para la mujer; en estos casos la sala de parto se vuelve una sala de sufrimiento.

Sorprende saber que a pesar de que existen indicaciones de la OMS desde 1985, para un parto humanizado, se sigan realizando las mismas intervenciones y procedimientos por los cuales se emitieron esas recomendaciones hace más de treinta años, tal parece que el cambio a una mejor y adecuada atención al parto en los hospitales puede tardar años. Como lo indican las palabras de una partera, quien decía que los médicos no eran deshumanizados, sino que son entrenados para volverse insensibles hacia sus pacientes; ella mencionaba que la atención de una partera es más personalizada, con diálogo, buscando la comodidad de la mujer, con masajes, música, cambios de postura, compañía, en su casa y con silencio si era necesario; con atención antes, durante y posterior al parto, ya que ella les prepara la comida, les ayuda con sus obligaciones familiares y revisa a la mujer continuamente si es necesario, todo esto no lo encuentra en un hospital.

Las parteras profesionales están volviendo a prepararse y a asistir partos, motivadas por la búsqueda de atención de las mujeres en edad fértil, poco a poco se van posicionando. Las parteras rurales seguirán existiendo aunque se están transformando a causa de los cursos de preparación que les imparten las instituciones médicas oficiales; estos cursos no siempre son los idóneos ni obtienen los resultados que se buscan, tal vez requieran formas diferentes de impartirlos, más con inclusión de saberes tradicionales, además de los oficiales. Se puede



decir que el de partera es un oficio casi exclusivamente femenino, en las comunidades rurales son transmisoras de conocimiento y tradiciones culturales y sociales.

Un problema asociado a las parteras y los pueblos indígenas, son las formas de discriminación y malos tratos. Esto motivó que en 2013, la comunidad de Acatepec en la Huasteca hidalguense, presentaran una denuncia “Contra la devastación de la vida comunitaria” ante al Tribunal Permanente de los Pueblos (Oñate, 2014). Uno de los temas de las denuncias fue el acoso a la partería, por parte del Gobierno federal y de las instituciones regionales de la Secretaría de Salud y del IMSS. Que a través de sus programas de salud materno-infantil, impone formas de reproducción que atentan contra su cultura y tradiciones, el acoso, falta de respeto y criminalización de las parteras. Demandan el reconocimiento a la partería nahua, que es valiosa y culturalmente apropiada, que se restituya la autonomía sobre la atención de la salud sexual y reproductiva y reconozcan sus derechos a elaborar programas económicos y sociales que les afecten; así como la responsabilidad del gobierno federal por la reducción de la población infantil en sus comunidades. Rechazan el trato desigual a la partería indígena, los programas de salud materno-infantil que no incluyan su cultura y sus propias instituciones. Exigen “Una política de salud intercultural construida y consensuada por medio de un diálogo respetuoso y permanente entre los distintos actores e instituciones del Pueblo Nahua y de las instituciones oficiales correspondientes” (Oñate, 2014). En una reunión en septiembre de 2015, los pobladores mencionaron que esta demanda se resolvió a su favor, pero que en otras comunidades se impide trabajar a las parteras. Esta demanda muestra desigualdades en el trato, discriminación a los pueblos indígenas y a las propias parteras, a éstas últimas por su condición de indígenas y además de mujeres; aquí podemos aplicar las palabras de Marcela Lagarde (2005), que las opresión de las mujeres está

determinada por la “división genérica del trabajo”, la “existencia de formas, relaciones, estructuras e instituciones jerárquicas de poder y dominio autoritario” y por las basadas en la pertenencia a grupos raciales, lingüísticos que “en cada sociedad clasifican de manera mutuamente excluyente a los individuos”.

Las mujeres pueden y deben tener confianza en su cuerpo y de que son capaces de tener un parto exitoso, sin miedo al dolor e informadas de las mejores formas de parir. Un parto no debe ser visto como enfermedad, sino como un acontecimiento importante, que puede tener un resultado satisfactorio. Las parteras forman parte de este escenario, que puede garantizar la mejor atención posible para la madre y el recién nacido. Las organizaciones de parteras están haciendo más visible este oficio, ejerciendo presión sobre las instituciones de salud, para una mayor participación dentro de las mismas e informando a las mujeres sobre opciones de atención del parto, por lo que podemos esperar un repunte en los próximos años, a pesar de que las estadísticas nos digan lo contrario, todo depende de las demandas de las usuarias y de que se incluyan a las parteras en las políticas públicas en materia de salud reproductiva. Las mismas organizaciones de parteras también influyen para entablar un intercambio de conocimientos entre la medicina oficial y quienes laboran como parteras. Existen también médicos que consideran valiosa la labor de las parteras y colaboran con ellas. Podemos decir que si existe poca valoración del conocimiento del trabajo de las parteras, desde algunos sectores de la medicina hegemónica existente en México, pero también hay interés de colaborar entre médicos y parteras para mejorar la atención de las madres y sus bebés.

[La investigación sobre partería](#)

El estado de las parteras en el mundo 2011 del Fondo de Población de las Naciones Unidas, nos ilustra acerca de las condiciones de las parteras en 53 países subdesarrollados (aunque no México), algunos con grandes problemáticas para que las mujeres gestantes tengan una apropiada atención durante el embarazo, parto y puerperio. Se incluye México en el informe de 2014, realizado para 75 países de bajos ingresos. En el informe del país, se define la partería como los servicios de salud y el personal de apoyo para prestar atención durante el periodo prenatal, parto y posparto. Se reconoce que las parteras requieren ser incorporadas en los centros de atención materno-infantil, que es insuficiente la cobertura de la demanda de parteras en zonas poco accesibles y que necesitan tener autonomía ante la desconfianza y desconocimiento del personal de salud.

Eréndira Serrano presenta una tesis sobre representaciones sociales de la maternidad y el género, y de la antropología social feminista. Yáñez (2013), realiza una revisión de tres autoras esenciales para entender la condición de la mujer en la actualidad y los mandatos eugenésicos en Argentina, que podemos trasladar a México. Se añade el tema de La politización de partería en Chiapas: El caso de las parteras autónomas, de Hanna Laaku desarrollado durante 2014.

La preparación de parteras está reconocido por Carrillo Ibarra (2012). La apertura de la Escuela de partería CASA en San Miguel de Allende, Guanajuato, muestra lo que se realiza desde hace varios años, el desempeño de las profesionales en su estado, y cómo han influido para abrir nuevas escuelas en el país. En los organismos internacionales no se reconoce a las parteras tradicionales con sus conocimientos propios, tienen que ser profesionalizadas (Argüello-Avendaño, Mateo-González, 2014).

Espinosa Damián (2014) toca el tema de las mujeres indígenas del EZLN, de cómo ellas han exigido sus derechos reproductivos, lo hablan en asambleas, lo discuten en familia y buscan estar más comprometidas con su salud en todos los ámbitos.

Un asunto escabroso sobre la maternidad es la muerte tanto de las madres como de los bebés, tanto en etapa de gestación como durante el parto o el puerperio. Suele ser un asunto de género, de generación y de pobreza, pero sobre todo de injusticia social, como lo revela la investigación de Graciela Freyermuth (2008), en su libro *Mujeres de humo. Morir en Chenalhó*, realizado en el estado de Chiapas.

La mortalidad materna e infantil puede prevenirse y mitigar las causas, donde las mujeres promotoras comunitarias y las propias parteras, toman una labor protagonista al participar, organizarse y mantener sus centros comunitarios y dar pláticas. Motivadas por la indignación al saber las causas que son prevenibles, de la muerte materno-infantil en la región de la Costa-Chica- Montaña de Guerrero, ha dado como la organización y formación de una Casa de la Salud de la Mujer Indígena Manos Unidas, para evitar violencia de género, prevenir y disminuir la muerte materna con “enfoque de género, étnico y de derechos”, como lo indica Gisela Espinosa Damián en *“Manos Unidas” contra la muerte materna*. Este libro es parte de una serie de seis, llamada *Vida y milagros de mujeres indígenas*, convocada por Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Desde la antropología, la investigación sobre nacimiento y parteras tiene algunas representantes como Camila F. Pieschacón Barrera (2013): *Partería urbana en Bogotá. Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y parto*. Esta investigación se centra en la vuelta de la partería implica el empoderamiento de la mujer y la recuperación de espacios y procesos que le son propios. Se apoya en los conceptos

de cuerpo, dolor, y pudor, y del trabajo de las parteras, que emplean varias tradiciones orientales y la partería tradicional colombiana.

La pedagogía y la medicina, se entremezclan en la investigación de Tania Carrillo Ibarra (2012): *El proceso de formación de la partera: un estudio sobre las prácticas y representaciones del parto en el municipio de Tecomán Colima*. Se apoya en la teoría de representaciones sociales aplicado a las parteras, su proceso de formación, discursos y prácticas, en el estado de Colima.

Roberto Castro y Joaquina Erviti (2011 y 2015) investigan sobre la violencia obstétrica por el personal de salud. Basado en el autoritarismo que los médicos ejercen en sus cotos de poder, los hospitales, y la forma en que se forman en escuelas y hospitales donde aprenden comportamientos y hacen del habitus médico, su forma de expresión. Castro (2011) tiene además un escrito desde la perspectiva del habitus profesional, y la posibilidad de mejorar la atención de las mujeres en los hospitales.

Los informes salidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) dan un panorama de la situación de los nacimientos atendidos por personal médico, y de los partos atendidos por parteras, informa sobre las tasas de cesáreas a nivel nacional y estatal, otros asuntos sobre lactancia materna y salud reproductiva.

González, Vega y Cabrera (2011), realizan una revisión sobre las cesáreas en México y la necesidad de educar para evitar intervenciones médicas innecesarias.

La investigación que han emprendido el Instituto de Salud Pública de México y la Fundación MacArthur, Modelo Integral de Partería busca justificar la partería profesional y las actividades de las enfermeras obstétricas y perinatales (INSP, 2016). Se reconoce que el 80%

de los partos en hospitales son atendidos por *personal médico en formación*, que los hospitales están saturados por la atención de partos normales; no hay suficiente personal ni recursos y materiales para atender partos con complicaciones, lo que merma la calidad de la atención del parto en los hospitales. Se propone la contratación de parteras profesionales y enfermeras obstétricas y perinatales. Para un parto bien atendido, la atención del mismo se debe basar en evidencia. No menciona a las parteras tradicionales certificadas, pero podrían incluirlas, puesto que se reconocen en el país la existencia de 15000 parteras tradicionales, 100 parteras profesionales, y más de 16684 licenciadas en enfermería obstétrica y perinatal, es decir, poco menos de la mitad del personal de partería son tradicionales. La investigación busca *dignificar*, valorar su trabajo y que se conviertan en parte del personal de salud que atiende a las mujeres.

Los presupuestos en salud, destinados a la salud reproductiva son importantes para conocer cómo el estado maneja los programas de salud, el personal adscrito a ella y la importancia que dan al tema las autoridades (Díaz Echeverría, 2012). Las mujeres pueden y deben tener confianza en su cuerpo y de que son capaces de tener un parto exitoso, sin miedo al dolor e informadas de las mejores formas de parir. Un parto no debe ser visto como enfermedad, sino como un acontecimiento importante, que puede tener un resultado satisfactorio. La mujer y el recién nacido son los protagonistas en cada parto. Las parteras forman parte de este escenario, que puede garantizar la mejor atención posible para la madre y el recién nacido.

Las organizaciones de parteras están haciendo más visible este oficio, ejerciendo presión sobre las instituciones de salud, para una mayor participación dentro de las mismas e informando a las mujeres sobre opciones de atención del parto, por lo que podemos esperar un repunte en los próximos años, a pesar de que las estadísticas nos digan lo contrario, todo

depende de las demandas de las usuarias y de que se incluyan a las parteras en las políticas públicas en materia de salud reproductiva. Las organizaciones de parteras Asociación Mexicana de Parteras, CASA, Asociación de Parteras Profesionales, y otras como Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), influyen para entablar un intercambio de conocimientos entre la medicina oficial y quienes laboran como parteras. Existen también médicos que consideran valiosa la labor de las parteras y colaboran con ellas. Podemos decir que si existe poca valoración del conocimiento del trabajo de las parteras, desde algunos sectores de la medicina aunque también hay interés de colaborar entre médicos y parteras para mejorar la atención de las madres y sus bebés.

La espiritualidad también tiene cabida en el tema de las parteras, como lo describe en su libro *Partería espiritual*, Ina May Gaskin (2007). Al mismo tiempo que es un manual para parteras, la autora menciona la fuerza, la energía que se encuentra en un parto, una energía que cumple leyes como en la física y hay que trabajar con ella. Reconoce la santidad del nacimiento y que debe haber un manejo que mantenga esta santidad. Para ello la partera debe estar en estado de *gracia* y ser congruente en su trato a la madre y al bebé, al considerar que Todos Somos Uno, poner toda su energía para asegurar que tanto la madre como el bebé *hagan el pasaje de manera segura. La partera espiritual origina estados de conciencia en las mujeres que permiten transformaciones de gran poder, de gran belleza y de gran utilidad.* Cuando habla del proceso, alude al término ráfagas, en lugar de contracciones, para describir la energía del nacimiento. *La compasión y el contacto verdadero* son primordiales para transmitir cuando se enseña partería espiritual. Mantenerse al día en el conocimiento médico y fisiológico, estudiar para estar preparada para cualquier situación, son deberes de las parteras, así como tener un gran amor por las mujeres, vivir en sororidad. Como desempeña

un servicio, la partera debe ser remunerada, puede llegar a acuerdos con los padres sobre sus honorarios.

### CAPÍTULO III. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

*La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994).*

Los derechos reproductivos incluyen información y orientación sobre planificación familiar y derecho a recibir servicios de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y con las máximas posibilidades de tener hijos sanos.



Las metas demográficas han estado presentes en las decisiones gubernamentales desde hace varias décadas, en México. Estas decisiones han estado apoyadas en políticas públicas en salud, donde los médicos de planificación familiar han tratado de cumplir cuotas de usuarias de métodos anticonceptivos (dispositivos intrauterinos, inyecciones y pastillas anticonceptivas) y esterilización, por medio de coacciones, maltrato y presión, especialmente en regiones rurales, mestizas e indígenas (Espinosa Damián, 2014).

### Marco jurídico

Existe un marco legal internacional, nacional y estatal que regula las actividades de las parteras y su capacitación: la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 64 fracción IV considera el fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales. La Ley de Salud del Estado de Morelos no tiene a las parteras entre las profesionales y asistentes o técnicos en salud, aunque la Secretaría de Salud de Morelos sí las reconoce y realiza cursos para su capacitación, además de supervisar su trabajo. En la actualidad, considera que todas las parteras tradicionales están certificadas.

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*, fue publicada en febrero de 2016. En ella se respalda el parto humanizado, favorece el parto natural y previene las cesáreas. Se busca mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el parto, que este sea natural y no medicalizado, reducir las complicaciones y la mortalidad. Que la madre y el bebé estén en contacto piel con piel, el inicio de la lactancia inmediata al nacimiento, así como el alojamiento conjunto.

En esta norma, se busca evitar las cesáreas y cualquier otra intervención médica, fundamentar su instrumentación cuando así ocurra, al mismo tiempo que se debe informar a la mujer de los riesgos de su empleo, así como cualquier consideración futura. El personal no debe discriminar a ninguna persona ni ejercer cualquier tipo de violencia durante el parto; se favorece el movimiento de la embarazada como lo requiera, y tomar la posición que desee mientras dure el parto. Se evita cualquier tipo de intervención médica innecesaria, cuando se use se debe justificar y registrar en su expediente, al mismo tiempo que la mujer debe estar informada y dar su consentimiento. Se incorpora a parteras y enfermeras en la atención del parto.

Como se ve, existen normativas para humanizar el parto. Esta norma requiere que se sensibilice al personal de salud, que en hospitales y clínicas tengan instalaciones adecuadas para una atención de calidad. Previene la violencia obstétrica que ha venido dándose en hospitales mexicanos como lo muestra la investigación de Castro y Erviti (2015). Una observación respecto a esta norma es que no es obligatoria, no está vigilada para que se cumpla ni tiene sanción cuando se deja de seguir en la atención obstétrica. Hay una gran distancia entre las normas y la realidad para que se cumplan.

### Las políticas en salud reproductiva

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, en México se han instrumentado políticas públicas en salud sexual y reproductiva para la población sin seguridad social, fundadas en leyes y normas arriba descritas. Entre los años 2007 y 2012, la política en salud reproductiva estaba manejada por la Secretaría de Salud a

nivel federal (Díaz Echeverría, 2014). Dicha política estuvo operada por el Programa Nacional de Salud (PNS) que incluye la salud materna y de las y los recién nacidos, prevención de cáncer cérvico-uterino y cáncer mamario, planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva para adolescentes, prevención y atención de la violencia familiar y de género, igualdad de género en salud, prevención y atención del VIH y enfermedades de transmisión sexual.

Las recomendaciones de las OMS sobre la atención del parto y el buen trato hacia las mujeres parturientas, embarazadas y puérperas, implican cambios en la política de atención materno-infantil, por lo que para favorecer la atención de acuerdo con estas especificaciones, se creó la Norma para la atención materno infantil, aplicable en todos los establecimientos sanitarios. Las leyes y normas reconocen la existencia de parteras como profesionales de la salud y crean reglamentaciones para que se capaciten.

La política en salud instrumentó desde el año 2001 el Seguro Popular para las clases más desfavorecidas que no cuentan con seguridad social ni alguna otra prestación de asistencia social, donde la atención a las mujeres embarazadas está garantizada, la atención del parto se lleva a cabo en instituciones públicas, y se da atención al recién nacido, vacunas, revisión y tamiz neonatal. Además desde hace más de cuarenta años se capacita a parteras –por parte del IMSS y la SS— tanto tradicionales como empíricas, en medios rurales y urbanos, para que den un mejor servicio, con todas las normas de higiene necesarias, en los últimos años se les ha preparado también para ser promotoras en salud reproductiva, es decir, a que proporcionen información sobre métodos anticonceptivos y faciliten su uso. No todo es un escenario ideal, la instrumentación de las políticas de salud, junto con la apertura de centros comunitarios de salud en zonas rurales, atendidos por médicos y enfermeras, han provocado

la disminución dramática del número de parteras, debido a que ya no tienen tanta demanda especialmente entre las usuarias urbanas, pero también ha incidido en el sector rural, aunado a la no existencia de escuelas de partería. Esto lo demuestra la cifra de 99.6% de nacimientos atendidos por personal médico y enfermeras a nivel nacional en 2012, quiere decir que sólo el 0.4% de los nacimientos fueron atendidos por parteras, en cuanto a Morelos, el 99.7% de los partos fueron atendidos por personal de salud y sólo 0.3% por parteras (ENSANUT 2012). La descalificación del trabajo de las parteras, como lo revela la investigadora Mirna Cruz Ramos del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), debido a que la medicina hegemónica considera que los conocimientos no biomédicos, no están apoyados por la ciencia y el método científico y por tanto no son válidos. En cuanto al Seguro Popular también tiene sus problemas, puesto que requiere de mayor infraestructura para atender la demanda de usuarios de todo tipo, incluyendo los de obstetricia, debido al crecimiento de quienes se han incorporado a este seguro (CONEVAL, 2010).

El boletín Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Retos legislativos (2007-2012), hace una crítica sobre la política acerca del Seguro Popular, donde menciona que este programa absorbió la mayor parte del presupuesto, pero que existe un vacío entre los programas y el ejercicio de los mismos, ya que no hay un control y existe subejercicio de los recursos, y debe haber rendición de cuentas para hacer más transparente su manejo. Al mismo tiempo es necesario que se abatan los casos de mortalidad materna que se dan durante el parto, lo cual es un problema de salud pública que afecta a los sectores más vulnerables, (de áreas alejadas de la atención en salud, sin servicios de salud, en pobreza y desnutrición), por tanto se debe responder a las necesidades de esos grupos vulnerables, con presupuesto y programas de atención. Que se de atención a las mujeres en emergencia obstétrica, no importa su afiliación

o no las instituciones de salud. Que se incluya la interculturalidad en el diseño e implementación de programas de salud materna e infantil. Que se facilite el trabajo de las Organizaciones de la Sociedad Civil para aprovechar experiencias y potenciar esfuerzos.

## CAPÍTULO IV. PARA CONOCER EL TRABAJO DE LAS PARTERAS

### Metodología

La investigación cualitativa nos permite conocer el problema y el contexto dentro del cual está inmerso, cómo se relacionan los hechos y nos permite a partir del conocimiento generado para un individuo o caso particular, generalizar dadas ciertas características de los casos. Se busca conocer el fenómeno social, el significado que puede tener para el individuo y sus circunstancias, así como las experiencias de vida. Esta metodología puede ser flexible y abarcar diferentes concepciones de una misma situación, tiene la posibilidad de adaptarse e ir generando conocimiento a medida que se van encontrando hallazgos (Chárriez, 2012). Esta investigación es de tipo cualitativo, debido a que el universo de estudio es limitado se esperaba fuera un número pequeño de parteras tradicionales, se realizó en cuatro localidades: Santa María Ahuacatlán, Chamilpa, Ocotepéc, y la localidad de Villa Santiago del pueblo de Ahuatepec, del municipio de Cuernavaca, Morelos, México.

Para conocer cuál es la situación de las parteras del norte de Cuernavaca, es necesario elaborar un diagnóstico, para ello se utilizó la entrevista a profundidad como herramienta para identificar sus formas de vida y cómo desempeñan su oficio.

Recordemos que se investigan los siguientes temas:

- qué estrategias han desarrollado las parteras para continuar en su oficio,
- qué prácticas y saberes utilizan las parteras, aunque hubiera alguna capacitación y,
- cómo conciben las parteras los desafíos que les presenta la modernidad para su trabajo.

Para dar respuesta a lo anterior, se parte de los siguientes **supuestos de investigación**: es posible que para permanecer trabajando en las comunidades del norte de la ciudad de Cuernavaca, las parteras desarrollen estrategias que les permitan continuar con su oficio, además como consecuencia de la aplicación de políticas públicas en la atención de la salud materno-infantil, las parteras tradicionales hayan realizado cambios en sus prácticas.

Se tiene el objetivo general de reconocer la situación en la que se encuentran las parteras del Norte de Cuernavaca. En particular, se quiere conocer las estrategias y alianzas que las parteras han desarrollado para permanecer trabajando en las comunidades; reconocer las prácticas que les han permitido continuar con su trabajo ante las presiones de las políticas públicas en salud materno-infantil.

El cuestionario que se preparó contiene las siguientes categorías: datos socioeconómicos; el trabajo de partera (inicio, lugar de procedencia), capacitación, cursos realizados, tiempo que ha ejercido el oficio, problemas y oportunidades en su oficio, necesidades, si está organizada con otras parteras, si tiene aprendices, perfil de usuarias. Se realizó un cuestionario preliminar, que se probó y se le hicieron las adecuaciones necesarias para lograr una buena entrevista.

El cuestionario que se aplicó para la entrevista a parteras, es una guía para abarcar diversos temas. La entrevista tuvo un desarrollo libre, lo que se pretende es que la partera cuente sobre su trabajo, y su vida. Una característica es la confidencialidad de las personas, por lo que se les cambió el nombre para mantener el anonimato. En general fueron relatando sobre todos los temas que abarca la guía, aunque no se siguiera el orden de las preguntas. La guía de la entrevista aparece en el Anexo al final de esta tesis.

Antes de iniciar la entrevista se pidió el consentimiento de la partera. La guía tiene una explicación del objetivo de la entrevista, el nombre de quien entrevista. Primero se preguntan nombre, domicilio, nivel de estudios, con quién vive actualmente, número de integrantes del hogar.

La primera parte son datos sobre sus inicios como partera, aprendizaje: cuándo, cómo, con quién y dónde aprendió, si acompañaba a la partera en sus servicios, cómo se consideraba a las parteras en su comunidad, si había otras parteras y cuándo atendió su primer parto.

Enseguida se hacen preguntas que describen su trabajo, si usa hierbas medicinales para atender el parto y cuáles usa.

Después vienen las preguntas acerca de si está asociada con otras parteras, a cuál asociación pertenece y si tiene reuniones periódicas, los temas que trata, si usa alternativas de tratamiento, medicamentos, nuevas terapias, herbolaria para la atención de la mujer.

El siguiente apartado tiene que ver con la capacitación e intercambio de saberes: si acude a cursos y quienes los imparten, cómo era la atención del parto antes de capacitarse, si durante los cursos pueden intercambiar métodos de curación o remedios, si durante la capacitación hay intercambio de conocimientos entre médicos, enfermeras y parteras, si se sienten

escuchadas y atendidas en cuanto a compartir experiencias, si ha habido diálogo con el personal de salud y con parteras profesionales. Se pregunta si aprenden el uso de métodos anticonceptivos y dispositivos intrauterinos, y cómo ven capacitar a las mujeres en éstos métodos. Otra pregunta es acerca de los cambios que ha introducido en la atención del parto y las diferencias entre la atención hospitalaria del parto y con una partera, finalmente si tienen aprendices y quiénes son.

Las preguntas sobre sus ingresos como partera incluyen: si puede vivir de su oficio, cuánto cobra, quiénes son sus pacientes, si son vecinas y lo que más le gusta de su trabajo como partera.

Cuando una partera no vive de su oficio, se le pregunta qué otras actividades realiza para vivir y cuáles son éstas.

En cuanto a su incorporación a instituciones oficiales, se le pregunta acerca de lo que hace falta para que las parteras sigan trabajando y si cree que pueda trabajar formalmente en hospitales y centros de salud.

Ya para terminar la entrevista se le pregunta si tiene algo más que añadir y se le ofrece hacerle llegar una copia de la investigación para la que se le hizo la entrevista.

Las entrevistas se grabaron, para posteriormente analizarlas e interpretar los resultados, que permitan caracterizar el trabajo de las parteras en el norte de Cuernavaca.

Se localizaron ocho parteras y un médico que primero fue partero, que viven y trabajan en estas localidades del norte de Cuernavaca. Se entrevistó a la responsable del programa de parteras de la Secretaría de Salud de Morelos para conocer más sobre las generalidades de las parteras en el estado de Morelos y el municipio de Cuernavaca.



Para revisar los resultados de las entrevistas se clasificaron las respuestas según categorías de la guía, así como las coincidencias de las respuestas.

### Localidades de trabajo

Las localidades del municipio de Cuernavaca en que se realizó esta investigación, son antiguos pueblos que se han ido añadiendo a la urbanización de la ciudad de Cuernavaca y que ahora se les ubica más como colonias, excepto una que todavía tiene una pequeña separación de la zona urbana de Cuernavaca, que es Villa Santiago. Al inicio se consideraron también los poblados de Tetela del Monte y Ahuatepec, en el primero no se localizó a la partera, en el segundo la única partera que había ya no ejercía su oficio porque se retiró debido a edad avanzada. Los otros poblados son: Santa María Ahuacatlán, Chamilpa, Ocotepec y la localidad de Villa Santiago cercana a Ahuatepec, los cuales se ubican al norte del municipio de Cuernavaca.

Para conocer la población del área que nos interesa, se recurrió a los datos que provee INEGI del censo de 2010 y el ajuste para el año de 2015, en un polígono que comprende los pueblos de Tetela del Monte, Santa María Ahuacatlán, Chamilpa, Ocotepec, Ahuatepec y la localidad de Villa Santiago. Ésta área del norte de la ciudad de Cuernavaca, tiene un total de 18 140 viviendas habitadas, de las cuales el 87.2% tienen agua potable, el 91.2% tienen drenaje y el 91.7% cuenta con servicios sanitarios; tiene un total de 65 320 habitantes donde la mitad tiene menos de 30 años.

Estas localidades se caracterizan por conservar costumbres comunitarias como las fiestas patronales, donde un grupo de pobladores se hace cargo de la organización de la fiesta del

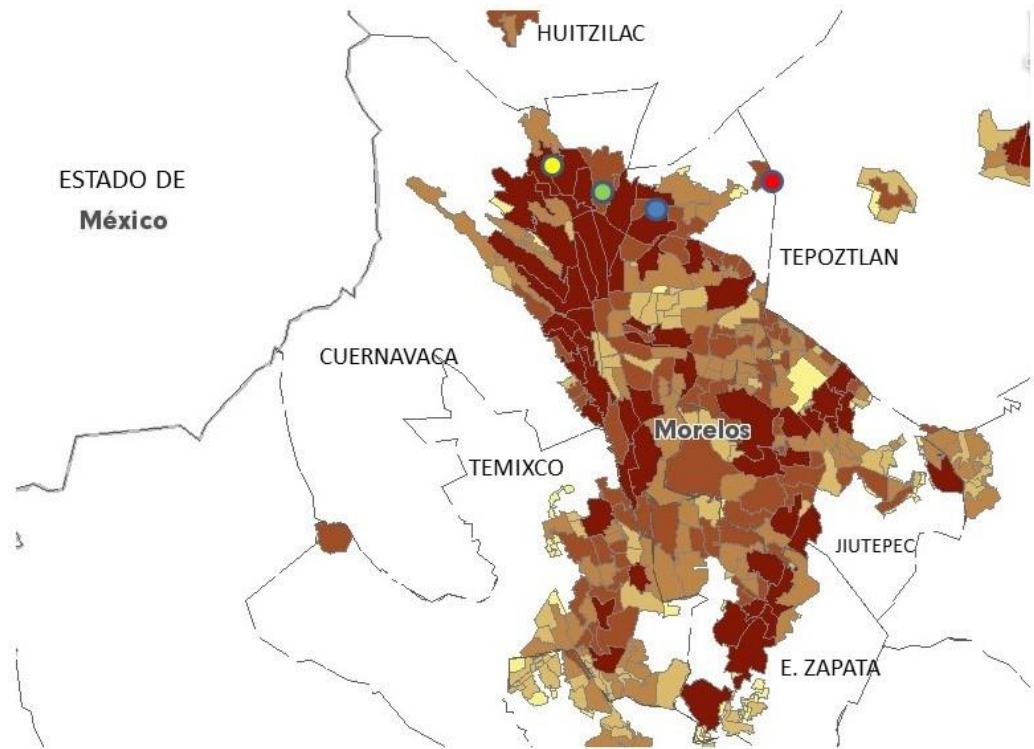
pueblo, realizan cooperación para los diferentes gastos que se llevan a cabo durante estas fiestas, como comida para los asistentes y los fuegos artificiales (el castillo y los toritos). Un ejemplo es la fiesta de San Lorenzo en Chamilpa el 10 de agosto, o la más famosa de las celebraciones del día de muertos del 2 de noviembre en Ocotepéc; las faenas, donde los habitantes cooperan para limpiar los canales del agua en Santa María o realizar alguna clase de tarea comunitaria que beneficie al resto de los habitantes del pueblo. También se benefician con el pago de ciertas obras de los particulares como los permisos de construcción, que se realizan en la Ayudantía Municipal de cada pueblo y en algunos casos están organizados para realizar rondas de vigilancia por las noches. La propiedad de la tierra es comunal o ejidal y en la mayoría de éstos pueblos, no existen escrituras públicas, por lo que quienes tienen propiedades deben tener una constancia de posesión de las autoridades ejidales o comunales. Entre las costumbres que conservan está la de las parteras, con quienes las mujeres embarazadas que así lo desean, se atienden durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cada poblado tiene un Centro de Salud de la Secretaría de Salud de Morelos con atención de enfermeras, médicos y dentista, con quienes las parteras están en constante comunicación. En el caso de Villa Santiago, le corresponde el centro de salud de Ahuatepec. Santa María Ahuacatlán se ubica a los lados de la carretera federal México-Cuernavaca, entre los Km 68 y 71, además de una parte de la zona urbana del norte de Cuernavaca. Su nombre Ahuacatlán significa “lugar donde abundan los aguacates”. Se sabe que ha estado habitado desde los años 930 de nuestra era.

Chamilpa se ubica al norte del municipio de Cuernavaca, en la carretera Cuernavaca-Tepoztlán, colinda con el poblado de Ahuatepec al oriente y al poniente con el poblado de

Chamilpa. El nombre de este poblado significa “la milpa donde se siembra chía” en náhuatl. Se sabe que existía población en este lugar desde tiempos muy antiguos.

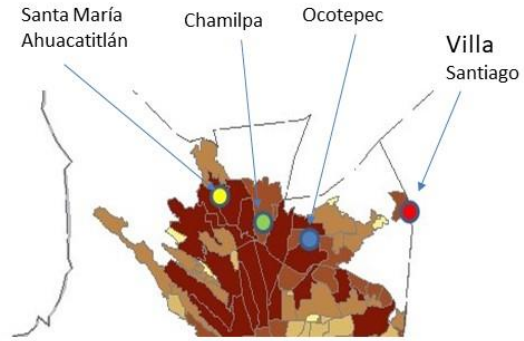
Ocatepec, se ubica entre los poblados de Chamilpa y Ahuatepec. Su nombre en náhuatl significa “en el cerro de los ocotes” siendo este el nombre popular de un árbol de pino. En la antigüedad, era un cruce de caminos que conectaban la antigua Cuauhnáhuac con Malinalco, Tenochtitlan, Tepoztlán y Cholula. Mantiene tradiciones como el Día de muertos, y numerosas fiestas religiosas que se celebran en diferentes fechas, así como en Semana Santa. Se encuentra a largo de la carretera Cuernavaca-Tepoztlán.

La localidad de Villa Santiago está contigua al poblado de Ahuatepec y todavía en el año 2010, se le consideraba aparte de la zona metropolitana de Cuernavaca. Se fundó aproximadamente hacia la década de los años setenta del siglo XX. Se ubica en la carretera Cuernavaca-Tepoztlán, en el nororiente del municipio de Cuernavaca.



ZONA METROPOLITANA DE CUERNAVACA

FUENTE INEGI 2012



Localidades del Norte de Cuernavaca donde se realizaron las entrevistas

Fuente: INEGI 2012

## CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Existen ocho parteras tradicionales en el norte de la ciudad de Cuernavaca: una en Tetela del Monte, una en Santa María Ahuacatlán, otra en Chamilpa, cuatro en Ocotepc, una más en Villa Santiago, localidad cercana al poblado de Ahuatepec, en esta última la única partera tradicional llegó a la edad de retiro, mientras que la única partera que no fue posible localizar fue la de Tetela del Monte. Se entrevistó a seis parteras, una rechazó ser entrevistada debido a exceso de trabajo, a otra no se le localizó. Se localizó al hijo de una de las parteras, que desde los 16 años ayudó a su madre a atender partos, sin embargo no se registró como partero ya que tenía interés en estudiar y ahora es un profesional de la medicina. Él se considera médico tradicional; para esta investigación, se tomaron en cuenta algunos de sus comentarios, ya que fue irrecuperable buena parte de la entrevista, no se grabó con claridad y luego no se pudo realizar otra entrevista. Las entrevistas se realizaron entre diciembre de 2014 y noviembre de 2015.

### Categorías de análisis

#### I. Datos socioeconómicos

Las seis parteras entrevistadas son mayores de 45 años, con un promedio de edad de 57 años. Una de ellas empezó a los 25 años, mientras que el resto se inició como partera entre los 8 y los 15 años. Seis provienen de familias donde se iniciaron como parteras tradicionales, Alicia

se inició de forma circunstancial. Todas continúan con cursos de capacitación de la Secretaría de Salud de Morelos, que son un requisito para trabajar como parteras.

De ellas, Alicia y Ema están casadas, el resto vive en casa propia con algún hijo o hija. Tienen entre dos y tres hijos en promedio. Ema y Sara nacieron en Guerrero, Alicia en la Ciudad de México, Fernanda, Margarita y Juana son de Morelos. A excepción de Margarita, las demás tienen consultorio, instalaciones y equipo para atender partos, con sala de espera para pacientes o familiares de la parturienta. Cada partera tiene reconocimiento oficial como partera certificada. El tiempo que tienen de ejercer el oficio de partera es entre 35 y 52 años, con un promedio de 41 años.

En cuanto a los estudios con que cuentan, Fernanda y Juana son enfermeras, la primera titulada y ya se jubiló, ambas han trabajado en hospitales; Alicia y Ema han trabajado como auxiliares de enfermera.. Las demás tienen estudios hasta secundaria, hay quienes hicieron sus estudios ya adultas.

## II. Inicios como partera

Las parteras se iniciaron con sus parientes, a excepción de Alicia, que comenzó de manera casual a los 8 años; la mujer a quien atendió considera que fue “mi gran maestra”, pues le enseñó el parto en cuclillas.

Las parteras Fernanda y Margarita aprendieron con su madre, Sara con su abuela, Juana con su suegra; todas ellas empezaron entre los 12 y los 15 años, mientras que Ema se inició como partera a los 25 años.

Juana: *“mi primer parto lo atendí de 15 años... le di mucha importancia a ese primer parto, la atendí solita”*.

Para Margarita fue algo vivido desde sus inicios: *“mi mamá era partera y yo crecí en ese ambiente desde que nací, empecé ayudarle desde que era chiquita y acompañarla...se atendía a quienes iban a dar a luz y a los 8 días...la visitaba a diario hasta que la entregaba a los 8 días, le daba su baño de hierbas, veía que al niño se le caía el ombligo, era otra la atención”*. Atendió su primer parto a los 13 o 14 años *“yo le ayudé a mi mamá a atenderla, pues yo era la más chica y mi mamá estaba grande, así que le ayudé a atender mi primer parto de gemelitos”*.

Sara cuenta que ella aprendió una tradición: *“yo me hice partera por mi abuelita... la abuelita de mi esposo era partera”*. Cuando iba a la secundaria a los 12 años *“me salía por la rejita y me iba al hospital a atender partos... ya me conocían”*. *“Las parteras eran y son muy necesarias en sus comunidades, ya que cuando ellas iniciaron no había Centros de Salud y las mujeres no acudían al hospital, pues sus consultantes eran de escasos recursos. Han sido bien consideradas entre la comunidad, se les ve con respeto, en general son bien conocidas”*.

Fernanda: *“Había mucha necesidad de una persona que supiera...el hospital cercano no tenía capacidad, no había servicios de salud”*. Después de que falleció su madre que era partera, *“la gente no quiso que se quitara (el letrero de Casa de Nacimiento), me incorporaron al grupo de parteras (en la Secretaría de Salud)”*.

En la comunidad de Sara: *“todo mundo nos defiende... hasta un niño que le pregunta(s) sabe –Es la que me cortó el ombligo, es mi abuelita... Antes los padres decían –Ella es tu abuelita porque te cortó el ombligo. Nos conoce toda la gente”*.

Cuando era niña, Ema vio cómo su tía que era partera atendió a su mamá *“Desde ahí nos quedamos con esa idea de que las parteras ayudan mucho a las mujeres”*.



### III. Descripción del trabajo

Las parteras han sido adiestradas en el uso de anticonceptivos, Sara los proporciona a jóvenes cuando así lo piden, muchas veces en forma gratuita, ya que dice que es mejor a que tengan un bebé no deseado. La mayoría atienden uno o dos partos al año, o menos; Sara atiende más, y Margarita se ha conformado con no atender partos, aunque si atender problemas de salud o realizar consultas de control a embarazadas.

Cuando acuden a consulta las embarazadas Juana: *“les hablo de aseo personal, su alimentación, ejercicios que deben hacer, lo que no deben, lo que deben comer, lo que no deben comer, se les da indicaciones en el transcurso de los 9 meses de embarazo. Llevamos una libreta donde se va anotando fecha de cuándo vienen a consulta, se le checa presión, el azúcar, su peso y su talla del crecimiento del bebé”*.

En cuanto a la posición cada quién tiene sus preferencias, para Alicia: *con la sola atención de la mujer que auxilió, le enseñó el parto en cuclillas, el no pujar y sin esfuerzo “era un parto muy rápido y yo veía que ella no hacía esfuerzos”*. La mujer a quien atendió *“ella fue mi gran maestra, por lo cual les digo no pujen”*. Mientras que Fernanda, Margarita y Sara prefieren que la mujer esté acostada, para mayor seguridad del bebé, de todas formas la mujer puede tomar la posición que ella quiera durante el parto.

Las parteras tratan a las mujeres cuando no pueden embarazarse. Actualmente Alicia: *“se les manda hacer su ultrasonografía, se preocupa uno más cuando ya tiene los siete meses, ahí es donde más me preocupa, que el bebé ya está en su lugar”*. Que el cordón umbilical no esté enredado *“porque ellos solitos se enredan y solitos se desenredan”*. Después que nace *“ya lo limpia uno y se los da a las mamás en lo que uno espera, en lo que nace la placenta”*

*uno ya terminó de limpiar, ya acabó”. El corte del cordón es “después que ya dejó de latir, porque (con los) médicos y todo, por eso se anemian, por eso se ponen malos porque lo cortan antes”. “Si, lo revisamos lo checamos que esté bien, que no le falte nada, si, que respire bien... Cuando el niño ya lloró, gritó, ya movió la cabeza, el sistema locomotor ya está funcionando, su cerebro y todo. Ya está oxigenando desde el primer chillido que suelta...Entonces no hay necesidad de aspirarlos...”.*

Todas son consultadas por las embarazadas a término, para acudir al hospital para la atención del parto de forma oportuna y evitar que las regresen a sus casas, porque les falta tiempo para el parto. Cuando atienden un parto, la atención es más personal, de acuerdo con las necesidades de la parturienta, pueden comer o beber si tienen hambre o sed, les dan masajes, están en contacto con ellas, les cantan; si lo desea la mujer, la acompañan los familiares, el esposo, y pueden moverse cuanto necesiten. Manifiestan Ema y León que *las embarazadas antes no tenían tantas complicaciones, creen que es por la alimentación, la obesidad, así como los contaminantes en el ambiente.*

Las parteras cuentan con instalaciones, la mayor parte con espacios exclusivos, con su propio consultorio, mesa de expulsión, y tienen el material listo para atender partos en cualquier momento. Tienen un espacio para los familiares de la parturienta en caso de que la acompañen.

Las parteras tradicionales continúan usando hierbas para atender el parto. Alicia usa el chile para evitar el aborto, no importa cuál variedad, se hace un té con las hojas. Durante el parto pueden usar tila para que esté tranquila la mujer, té de San Francisco cuando ya está suavcito el cérvix, y té de aguacate para limpiar al final del parto. Ema dice: *“Otra hierba que tuvo*

*mucho uso anteriormente fue el zopatle para ayudar al parto, pero ahora está prohibido por las autoridades de salud”* junto con otras hierbas usadas tradicionalmente.

Para después del parto se usa éter con romero, y después aplicar en el vientre, se faja con una venda. Los baños de hierbas, antes o después del parto son muy utilizados; en ocasiones, mujeres que dieron a luz en el hospital, van a que las bañen con hierbas. Otro recurso que Juana aprendió de la acupuntura es un cigarro hecho de estafiate, se acerca el puro prendido sólo para calentar un cierto punto de la matriz, sin quemar, es un recurso de último momento para que el bebé se acomode y tenga una buena posición durante el parto.

Juana nos cuenta que “... *tenemos en nuestro libro de registro donde vamos anotado los nombres, el nombre de las pacientes, y el folio, la hora que nació el bebé, de su talla, su peso, si es niña, un niño*”. Los datos de las pacientes y sus bebés “*se van a la secretaría, a la jurisdicción, nosotros nada más sacamos copia de la original y la añadimos a nuestros registros*”.

Las parteras mencionan acontecimientos que les marcaron su oficio, que son de naturaleza espiritual. Para Alicia el haber auxiliado a una mujer en la calle lo ve como si fuera “*acomodado por el Padre Cosmos o nuestra Madre Tierra, nuestro Dios y Señor para que me diera la guía que iba yo a hacer*”. Y respecto al parto les dice a sus consultantes: “*si duele, pero, ustedes mismas céntrense en la belleza que están haciendo. Esos dolores si son fuertes, yo lo sentí, pero a la vez sientan aquello hermoso, aquella vida que va saliendo de ustedes mismas...*”. Para Fernanda existe un “*don*”, el “*de ayudar a otros*”. Y Juana nos habla de su gusto por el oficio: “*me encanta atender partos, me fascina, a mí me gusta mucho recibir un bebé, es una satisfacción, es una luz, es algo maravilloso*”.

#### IV. Las parteras organizadas

Existe una organización en la jurisdicción sanitaria No. 1, de Cuernavaca, la dirige Juana y se llama “*Xitlimeztli. El papel es bajar recursos para las compañeras y promocionar y meter oficios*” así lograron obtener los certificados de nacimiento “, antes tenían constancias con “*nuestro nombre, el nombre de la mamá, no traía nada del bebé*”, entre 1998 y 2000 “*iniciamos con los certificados ya foliados*”.

Pertenecen también a organizaciones Alicia: “*de aquí de Morelos. Y de una organización internacional que me invitaron...*”. Conserva algunas relaciones. “*es una escritora la que está con ellas*”. Respecto a la organización de parteras local “*casi no nos reunimos*”.

También tienen encuentros con investigadores como relata Margarita: “*a veces nos juntamos parteras a compartir, como por ejemplo una bióloga nos juntaba una vez al mes, Nos daba pláticas, dialogamos entre nosotras, llevábamos yerbas, que hierba para qué era y en qué nos podía ayudar, y ella nos dirigía. Incluso hizo un libro*”

En sus consultorios recibían a maestras y alumnas de partería, Ema: ... perillas... “*Yo aquí tuve a la señora Juanita, de allá de Colorado...era una partera de allá y traía alumnas aquí conmigo....se enseñaban a ser parteras...cuando nosotros atendíamos a dos o tres personas, ella nos decían –te voy a pagar bien, porque enseñaste a mi muchacha bien. Yo decía –no señora, mire tráigame lo que sea necesario. Sí, me trajo para tomar presión gasas...sábanas... En lugar de dinero me daba cosas. También en la universidad bajaron muchas, muchas enfermeras en aquellos años, hasta se peleaban. A mí me servía porque las 3 o 4 que entraban en la mañana, ellas las bañaban (a las parturientas), atendían a los*

*bebés... Ellos me dieron 4 camas porque se dieron cuenta que no me daba abasto. Yo compré camas literas, tres juegos de camas literas..."*

## V. Capacitación

La capacitación se imparte cada mes, en ocasiones cada quince días para algunos temas. Estos cursos son impartidos por personal médico especializado. Durante la capacitación han aprendido a detectar problemas en las mujeres embarazadas, a quienes envían al hospital cuando se presentan complicaciones, y de acuerdo con lineamientos de la Secretaría de Salud, las mujeres menores de 18 años o mayores de 35 (consideradas como grupos de alto riesgo) deben también ser atendidas en el hospital. Al nacer el bebé lo revisan para si está bien, si respira bien, o por si tiene algún problema. Como dice Juana: "... *ahora nos limitamos mucho*".

A todas las parteras el que crearan el Seguro Popular les ha impactado de forma negativa, y como lo menciona Ema "*también a los médicos y enfermeras...y hasta las farmacias*". Desde que se instauró este programa gratuito, en lo referente a la atención materno infantil, se redujo notablemente la atención de partos en el sector popular en el que las parteras trabajan, ya que manifiestan que las mujeres que las consultan son gente con pocos recursos.

Según Margarita, en alguna ocasión plantearon el problema de no atender partos como antes a la Secretaría de Salud, se les propuso entonces atender a embarazadas como doulas (son acompañantes que dan apoyo emocional, recomendaciones, atención de necesidades y guía antes, durante el parto y el puerperio), pero sin pago, ante lo que protestaron.

### Relaciones con otros médicos y la Secretaría de Salud en Morelos

Las parteras reconocen que sostienen buenas relaciones con algunos médicos y especialistas, que las ayudan en caso de urgencias. León “*en algunas escuelas de medicina no son bien consideradas*”. En lo referente al maltrato obstétrico, dos de las parteras mencionan que los médicos han sido instruidos de esa manera, pero que esto se puede mejorar. Alicia da pláticas de concientización, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) a médicos.

Las parteras han colaborado con CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C.) en sus servicios comunitarios, en diferentes instituciones públicas, en el grupo Mazorca Calpulli, tomando cursos, así como en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La Secretaría de Salud les pide a las parteras que manden a las mujeres a quienes atienden el embarazo, al centro de salud de su localidad, sin embargo, muchas veces en esos lugares les hablan mal de las parteras. La propia Secretaría de Salud no les permite atender partos cuando considera que han cometido alguna falta, aunque ellas dicen que es injustificado, pues la mujer parturienta no atendió las recomendaciones que se le hicieron (como tomar vitaminas y alimentarse sanamente) para lograr un parto saludable; según las parteras, la Secretaría de Salud no castiga con la misma dureza a los médicos cuando se les muere un paciente o tiene fallas, y las parteras “hasta a la cárcel van a dar”. No les permiten atender a mujeres menores de 18 años y mayores de 35. En cuanto el certificado de alumbramiento que dan las parteras, si no asisten a la capacitación, no les dan dichos certificados –antes ellas retenían los papeles para que la paciente les pagara– y ahora exigen que se los den o los propios médicos se los dan a las pacientes y ellos cobran.

En los cursos de capacitación han recibido conocimientos sobre herbolaria, masajes, sobadas, acupuntura, estos cursos los imparten tanto organizaciones como instituciones estatales.

Las parteras atienden el parto de forma personalizada, mientras que en el hospital son más superficiales y deshumanizados, según Alicia porque han sido entrenados así. Reconocen que en el hospital público no hay suficiente personal, materiales y camas para atender todos los partos; que los médicos están sobrecargados de trabajo. En ocasiones cuando una partera lleva a una embarazada con complicaciones, prefieren no ser identificadas como parteras, pues reciben maltrato.

Han tenido intercambio con médicos y enfermeras de otras entidades y países. Tienen contacto con organizaciones, algunas internacionales que les pagan los gastos para ir a reuniones a otros países. De esos intercambios, según Juana, salió lo que ahora se llama parto humanizado, tomado de la forma de trabajar de las parteras. Por ejemplo ellas pueden usar una silla cualquiera para ayudar en el parto, mientras que los médicos usan una silla para partos; el parto que las parteras llaman de posiciones, que permite a la mujer parir en la posición que más le acomode, entre otros conocimientos que las parteras han intercambiado con médicos.

En la actualidad la capacitación para una partera está mucho mejor que antes, Alicia: *“porque antes nomás nos regañaban, nos decían no hagan esto, no hagan lo otro”*, sin embargo para Fernanda, la capacitación “es lo mismo”, aunque reconoce que hay algún conocimiento nuevo. Hay quien opina que si ya están capacitadas, para qué tanto curso, es como desconfiar del conocimiento que se les imparte.

Hay parteras cuyas hijas e hijos aprendieron de ellas el oficio, hasta nietas. Algunas personas las buscan para aprender, también se interesan antropólogas, quienes se han vuelto ayudantes, aunque no permanecen porque es un riesgo, una responsabilidad.

Sara aprendió con su abuela “y aquí mi *hija*” aprendió cuando “*tenía 12 años también*”.

#### VI. Ingresos como partera

El ingreso de las parteras es variable, cobran entre \$1,000 y \$4,500 por parto, cuando las pacientes no tienen dinero, les pagan poco a poco, en ocasiones ya no les pagan. Depende de quienes las consultan, y cuántas personas participan, aunque de solo atender partos ya no pueden vivir.

Alicia: “en la actualidad pues ya me califico más...si viene el doctor que ellos cobren su consulta, pero yo le tengo que dar a él un porcentaje” “entonces me vengo quedando menos de la mitad, ellos siempre quieren ganar”. Las mujeres que ella atiende son “las muchachas que estudian antropología, biología, 40 por ciento” “sesenta las muchachas del pueblo”.

Fernanda tiene su pensión para vivir: “*No me caen mal (el dinero) una vez al mes, y aparte la satisfacción. Están con médicas particulares y al final se deciden por una y se van bien felices*”. Esta situación es ideal, pero para Juana que en ocho meses atendió dos partos es diferente, ella les da “*desayuno, comida, cena, se bañan con agua calientita, puede estar aquí toda su familia*”. Atiende a mujeres “*de una situación vulnerable de las más pobres de las que no tienen posibilidades para pagar un sanatorio o una clínica*”.

#### VII. Alternativas al oficio de partera



Las parteras además de realizar revisiones, dar consejos de ejercicio y alimentación durante el embarazo, son médicas tradicionales, yerberas, hueseras, realizan masajes, sobadas y manteadas, aplican inyecciones y sueros intravenosos. También tratan descontracturas, dan auriculoterapia, una de ellas tiene un temazcal y vende productos nutricionales. Hay una enfermera jubilada, el resto de las parteras trabajan para mantenerse.

Las parteras mencionan que quieren exterminarlas, eliminarlas del sistema de salud, que cuando salgan las generaciones de la nueva escuela de parteras en Cuernavaca (dentro de dos años, pues apenas inició) no las van a dejar trabajar. Para que ellas puedan asistir a esa escuela de parteras, deben tener preparatoria, algo difícil para quienes tienen poca escolaridad, además del gasto de la colegiatura y el transporte para acudir a clases. Si ellas dan clases en dicha escuela les pagan poco, y no podrán ser parteras profesionales, solo parteras técnicas. Al final no contrataron a ninguna partera por no son profesionales.

Así como hay quienes sienten que ya no hay futuro para las parteras, hay quien opina que siempre habrá necesidad de parteras para cualquier mujer que lo requiera en un momento de apuro, y como dice la trabajadora social que trabaja con las parteras tradicionales en la Secretaría de Salud Morelos: *“nunca se van a acabar las parteras, son parte de la cultura”*.

#### VIII. Incorporación a instituciones oficiales

Que las parteras trabajen en hospitales o centros de salud, es una posibilidad muy lejana. Antes bien, consideran que quieren retirarlas de la atención de embarazos. Respecto a esto encontramos las siguientes opiniones:

Para Alicia, las parteras *“nunca nos vamos a terminar. Porque por accidente, por gusto, por curiosidad, alguna muchacha siempre va a estar atendiendo a alguien, porque he visto a los pacientes actualmente que ya están reincidiendo... yendo a las parteras”... “quieren exterminarnos pero... lo dudo... tenemos que tener una atención de calidad, humanizada, que sean partos humanizados”*.

Para seguir trabajando, según Juana: *“ahorita nos avala el certificado de competencia laboral, pero ahora nos están pidiendo bachillerato, para todos mis compañeras. Algunas...tienen 80 años, 85 años, para qué van a estudiar la prepa si tienen toda la experiencia, todas las técnicas, mejor estaría bien que nos apoyaran médicos.*

## Resumen de resultados

<b>Datos socioeconómicos</b>	<p>Promedio de edad de las 6 parteras 57 años</p> <p>2 están casadas; una viuda y 3 separadas viven con una hija o hijo</p> <p>2 nacieron en Guerrero, una en la Ciudad de México, 3 en Morelos</p> <p>El promedio de tiempo trabajando como parteras es de 41 años</p> <p>1 es enfermera titulada y jubilada, otra es enfermera sin título, 1 auxiliar de enfermera, el resto tienen hasta secundaria</p> <p>Habitaban la parte norte de Cuernavaca, en las localidades: una en Santa María Ahuacatlán, una en Chamilpa, cuatro en Ocotepéc, una en Villa Santiago</p>
<b>Inicios como partera</b>	<p>Dos empezaron aproximadamente a los 24 años, mientras que el resto empezaron en la infancia y adolescencia con sus parientes</p>
<b>Descripción de su trabajo</b>	<p>Están preparadas para recomendar anticonceptivos</p> <p>La mayoría atiende uno o dos partos al año, o menos</p> <p>Atienden problemas de salud</p> <p>Realizan revisión de embarazo</p> <p>Las embarazadas las buscan para saber cuándo es oportuno ir a parir al hospital</p> <p>Cuatro de las parteras usan hierbas medicinales y de ellas, dos usan temascales</p> <p>Dos parteras definen el nacimiento como un acontecimiento espiritual</p>
<b>Las parteras organizadas</b>	<p>Pertenecen a organizaciones de parteras, aunque no siempre están en contacto permanente</p>
<b>Capacitación</b>	<p>Todas han asistido a capacitación en instituciones de salud, así como han recibido cursos sobre herbolaria, masajes y otros aspectos alternativos de salud</p>
<b>Ingresos como parteras</b>	<p>Cobran entre \$1,000 y \$4,500 por parto, cobran por consulta diversas cantidades. Ya no pueden vivir solo de atender partos, pues atienden un promedio de dos partos al año</p>
<b>Alternativa al oficio de partera</b>	<p>Cuando no atienden partos, dan masajes, atienden enfermedades algunas con hierbas medicinales y como hueseras; dan baños a mujeres recién paridas</p>
<b>Incorporación con instituciones oficiales</b>	<p>Colaboran con médicos e instituciones como IMSS, Secretaría de Salud, en ocasiones, aunque no son contratadas por estas instituciones. Realizan servicios comunitarios y algunas han colaborado con escuelas donde enseñan sobre asistencia al parto</p>

## *CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES*

### *Desafíos y oportunidades para continuar en el oficio de partera*

Las parteras han desarrollado relaciones tanto médicas como alianzas con organizaciones que les permiten trabajar, en donde han estudiado terapias y especialidades para la atención de la salud de las mujeres y sus familias, por ello son buscadas y consultadas. Han continuado su trabajo a pesar de que ya su fuente principal de ingresos, la atención de partos, se ha visto fuertemente reducida como consecuencia del programa de atención materno infantil, el Seguro Popular, porque éste es gratuito —y porque la población que ellas atienden es de bajos ingresos— aunque este programa tiene problemas para cubrir la demanda en la atención del parto, pues requiere más recursos. Las parteras están perfectamente capacitadas para atender a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio, así también reconocer cuando hay problemas en la mujer y el recién nacido y enviar a sus consultantes en estos casos al hospital para que sean atendidas. Manifiestan algunas que debieran aprovechar que ellas están preparadas para atender partos normales, que se les considere en la atención materno-infantil para el Seguro Popular u otras instituciones.

Una estrategia que han desarrollado es plegarse a las disposiciones que la Secretaría de Salud dicta para ellas, su trabajo y sus consultantes, aunque no estén conformes con las medidas dictadas.

Pero también en el trabajo de partera está inmerso en el nudo de creencias que perpetúan el descrédito hacia el trabajo de las mujeres. Aunque ya existe cierta conciencia y se busca la equidad de género en los discursos oficiales, en la realidad continúa la desvalorización del trabajo de las mujeres. En tanto que trabajo de mujer, el de partera es uno más que no está

valorado tanto por las autoridades al no contemplarlas en los programas de salud, como por la medicina institucionalizada. Tan es así que cuando ellas se quejan de no tener trabajo como parteras ante la Secretaría de Salud, les ofrecen opciones que no les resuelven su situación. Cuando van a dar clases en la universidad, no les pagan, ni para el transporte les dan, aunque ellas lo hacen con el gusto de compartir su conocimiento. Por muchos años el trabajo de las mujeres se ha pagado menos que el de los hombres, no toman en cuenta su experiencia, aunque no hayan ido a la escuela a formarse como parteras. Las parteras son capaces de enseñar lo que saben, aprovecharlo en beneficio de mujeres que las necesitan, muchas veces ellas no cobran o les pagan con lo que tienen a mano, en un intercambio, están dispuestas a negociar su salario con las parturientas y sus familias.

La Asociación Mexicana de Partería (AMP, 2014) reconoce que uno de los problemas con que se enfrentan las parteras es la “sobre regulación de la partería tradicional por el sistema de salud, lo cual ha conllevado que cada vez menos parteras tradicionales atiendan partos y su capacitación está lejos de prepararlas para el parto extra-hospitalario”. Al mismo tiempo que no existen procesos de certificación y regulación de la partería mexicana, existe desinformación entre la población, no hay suficientes escuelas de parteras, con lineamientos claros para los estudios, y se requiere más investigación acerca de las parteras.

Gracias a que existen organizaciones que realizan campañas de información, organizan foros de discusión, lo que verdaderamente puede mejorar el trabajo de las parteras y su calidad de vida, es mayor difusión para las mujeres que puedan ser usuarias de los servicios que ofrecen.

Hay parteras que se han dado por vencidas en cuanto a que ya no van a atender partos, y siguen luchando para continuar atendiendo otros problemas de salud. El verdadero desafío

es que ellas encuentren el modo de posicionarse y exijan ser tomadas en cuenta en los programas de atención materno-infantil que el Estado realice.

## Conclusiones

Las parteras en el municipio de Cuernavaca continúan trabajando en sus localidades, existe demanda para su trabajo, aunque no siempre sea para atender partos. La gente las busca, no solo vecinos, también de otros estados y municipios cercanos, porque las recomiendan para resolver problemas de salud. Este oficio ya no es atractivo para las mujeres jóvenes, debido a la precariedad de las condiciones de trabajo y los obstáculos que enfrentan para trabajar. Atienden más a mujeres para el control del embarazo, que partos. También se han dedicado a atender otros problemas de salud que no necesariamente tienen que ver con la atención materno-infantil, alguna se dedica a vender complementos alimenticios, siguen atendiendo a la salud comunitaria y a la anticoncepción. Gracias a la capacitación en este aspecto de la salud reproductiva que las parteras recibieron, ha influido de forma importante para la disminución de la natalidad en muchas regiones del país.

La capacitación que las parteras han recibido durante años, ha influido en su forma de atender, como por ejemplo la aplicación de sueros, el enviar a las mujeres con embarazos riesgosos al hospital para evitarles problemas durante el parto. Sin embargo continúan realizando prácticas tradicionales como el uso de hierbas o procedimientos como el cuidado del puerperio, visita diaria y/o a los ocho días para asegurarse que la madre y el bebé estén bien. Reconocen que los conocimientos adquiridos en la capacitación les han hecho comprender los riesgos de atender partos y sus implicaciones legales, al mismo tiempo

sienten que este conocimiento las limita y les ha infundido miedo, las ha vuelto precavidas. Han hecho una mezcla de saberes, donde se confunde lo ancestral con lo nuevo. Aunque sienten que su oficio está en peligro de extinción, ellas perseveran en su trabajo, pues tienen que ganarse la vida. Al tiempo que las parteras valoran sus conocimientos, reconocen la discriminación de que pueden llegar a ser objeto. Esta discriminación puede ser por un celo profesional de algunos médicos (no todos), al no valorar sus conocimientos y no tener estudios escolarizados o formales, y de género por ser mujeres. Y a pesar de todas estas razones ellas sienten gusto por su labor.

Han desarrollado habilidades para seguir ganándose la vida, a pesar de que las políticas públicas no favorecen su trabajo al elaborar y aplicar programas que las ignoran, desaprovechando todos los conocimientos e instalaciones con las que cuentan, además de la confianza que la población les tiene. Se han plegado a los requisitos que la Secretaría de Salud les ha pedido, como estrategia, al permanecer en capacitación constante, de manera que obtienen beneficios al ser reconocidas sus actividades de manera oficial. En ocasiones sus conocimientos son requeridos por la escuela de enfermería en la especialidad de obstetricia, lo que les permite estar en contacto con estudiosos y médicos.

Llama la atención que no existan parteras jóvenes con menos de diez años de práctica. Las hijas y otras parientes de las parteras (las entrevistadas no tienen otras aprendices), no se quieren comprometer a ejercer el oficio, debido en gran parte a que no ofrece buenas expectativas de trabajo para ellas, no le ven futuro y si problemas para ejercer el oficio.

En Colombia hay un movimiento de partería Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) que buscan la “visibilización y el reconocimiento de las parteras” y

promueven declarar la partería como parte del patrimonio cultural inmaterial. Es una idea magnífica para revalorar la partería tradicional, que puede hacerse en México.

La Fundación MacArthur junto con el Instituto Nacional de Salud Pública (2016), investigadores y organizaciones de la sociedad civil están intentando revivir la partería, con campañas de concientización, difusión en medios públicos, periódicos, radio, internet y redes sociales. Todo esto para recordarles a las mujeres que existe la partería, que hay evidencia de sus beneficios, que una buena atención obstétrica de calidad también puede ser proporcionada por las parteras. Aunque no mencionan a las parteras tradicionales en su investigación, éstas están contempladas dentro de los programas de asistencia.

Existe la inquietud de la indefensión en que se encuentran las parteras cuando ejercen su oficio ante cualquier eventualidad legal en que algunas se ven involucradas, como la muerte de alguna mujer antes, durante o después del parto, así como de su bebé. Me parece que es prioritario que las asociaciones de parteras tengan un departamento jurídico que las ayude a resolver estas cuestiones y las defiendan ante abusos y otras circunstancias que puedan surgir en el desempeño de su oficio o profesión, que las parteras puedan resolver estos asuntos y ser evaluadas por sus pares.

La presente investigación nos permite hacer un diagnóstico de las parteras en el norte de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, que permita realizar una intervención en conjunto desde el Trabajo Social con la sociedad civil, los grupos organizados de parteras, el sector médico interesado en hacer más asequible la salud a la población con menos recursos, que aprovechen el personal capacitado que son las parteras en las localidades y comunidades, que las incorporen en las políticas públicas, y como personal en las instalaciones de la secretaría de salud, lo que ahorraría muchísimos recursos y ayudaría a mejorar la atención. Una de las



dificultades que encuentran las mujeres es cuando acuden al hospital público en Cuernavaca, donde las parteras atestiguan que está saturado en cuanto a la atención de partos, para la cantidad de mujeres que llegan para ser atendidas. Sería una solución incorporar los consultorios de las parteras tradicionales a la atención formal de los partos como un recurso, pues ellas en su mayoría cuentan con todo para atender partos. Y que las autoridades de salud limiten menos su trabajo en cuanto a la edad de sus consultantes, pues ellas pueden atender a todas las mujeres en edad fértil.

## Referencias bibliográficas

Argüello-Avendaño, H., Mateo-González, A. 2014. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. XII, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 13-29.

Asociación Mexicana de Partería, A.C. (2014). Análisis y recomendaciones para el fortalecimiento de la partería en México. 12 diciembre 2015, de Asociación Mexicana de Partería, A.C. Sitio web: [http://www.asociacionmexicanadeparteria.dreamhosters.com/wp-content/uploads/2015/03/analisis\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_la\\_parteria\\_en\\_mexico.pdf](http://www.asociacionmexicanadeparteria.dreamhosters.com/wp-content/uploads/2015/03/analisis_de_la_situacion_de_la_parteria_en_mexico.pdf)

Belausteguigoitia, M. (2012). Los giros de las teorías de género y la crítica cultural. En *Pedagogías en espiral. Experiencia y prácticas*. (cap 1). México: UNAM

Blázquez, María Jesús. 2003. Declaraciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. Organización Mundial de la Salud. 6 de junio de 2016, de Rincón de estimulación. Sitio web: <http://rincondestimulacion.blogspot.mx/2012/05/recomendaciones-especificas-de-la-oms.html>

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. 14 de diciembre de 2014, <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=partera>

Cao Romero, Laura (1994) Experiencias con parteras empíricas. Elu, Ma. del Carmen y Ana Langer. *Maternidad sin riesgos en México*. IMES, A.C. México. Pags. 161-166.

Carrillo, Ana María. *Nacimiento y muerte de una profesión, las parteras tituladas en México*. DYNAMIS. *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 1999, 19, 167-190. Extraído 20-10-2013, <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v19p167.pdf>

Carrillo Ibarra, Tania. 2012. El proceso de formación de la partera: un estudio sobre las prácticas y representaciones del parto en el municipio de Tecomán Colima. Tesis de Maestría en Pedagogía. Facultad de Estudios Superiores Aragón, UNAM., pags. 60- 62.

Castañeda-Camey, X. *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. Septiembre-octubre 1992, Vol.34, No.5, <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001219>

Castro, Roberto. 2011. *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Teoría social en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Castro, Roberto, Erviti, Joaquina. 2015. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. UNAM. Cuernavaca. Capítulos 1 y 2.

Chárriez Cordero, M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot* (ISSN 1949-4742) Volumen 5, Número. 1, Diciembre 2012.

CONEVAL, 2010. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. Consultado 10 de noviembre de 2015, <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>

Díaz Echeverría, Daniela. Presupuesto en salud sexual y reproductiva. Consultado 24 de noviembre de 2014, <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/hojainfossyrep.pdf>

D'Oliveira, A.F., Grilo Diniz, S., Blima Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problema. En: The Lancet. Vol. 359. May 2002. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Ehrenreich, Barbara, English, Deirdre. 1988. Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras; Dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad. Barcelona, La Sal D.L.

Ehrenreich, Barbara, English, Deirdre. 1972. Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres.

Eisler, Rian. 2005. El cáliz y la espada. Editorial Pax, México. 2ª Reimpresión.

Elias, Bernard. La cacería de brujas y la política demográfica. Recuperado el 8 de junio de 2014, <http://www.angelfire.com/ca6/filosofo/witches.html>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. *Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apearse a lo básico*. Consultado 30 de enero de 2014, <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

ENSANUT. 2012. Resultados nacionales. Consultado 30 de enero de 2014, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*, <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

Escuela de parteras y Hospital de Maternidad y Clínica Familiar de CASA. Consultado 29 abril de 2014, <http://www.casa.org.mx/parteria-profesional/hospital-de-maternidad-y-clinica-familiar/> y <http://www.casa.org.mx/parteria-en-casa/>

Espinosa Damián, Gisela. 2013. “Manos Unidas” contra la muerte materna. México. UAM

Espinosa Damián, Gisela. 2014. *Mujeres indígenas y derechos reproductivos. Fraguando modernidades alternativas*. En Mas allá del feminismo: caminos para andar. Red de Feminismos Descoloniales. México.

Federici, Silvia. 2013. Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Recuperado el 22 de agosto de 2014, <http://calibanylabruja.blogspot.mx/>

Freyermuth, Graciela. 2008. Mujeres de humo. Morir en Chenalhó.

Gaskin, Ina May. 2007. Partería Espiritual: la naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia. Buenos Aires. Mujer Sabia Editoras, pags. 270-272.

- González Pérez, G.J., Vega López, M.G., Cabrera Pivaral, C.E.(2011). *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, pp. 33.
- Illich, Iván. 1984. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Joaquín Mortiz/Planeta. México.
- INEGI. 2012. Información nacional por entidad federativa y municipios. Estado de Morelos, municipio de Cuernavaca. Consultado el 12 de abril de 2016, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=17>
- INEGI. 2010. Sistema para la consulta de información censal. Consultado el 6 de junio de 2016, <http://www.inegi.org.mx/est/scince/scince2010.aspx>
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2005. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM. México. 4ª Edición. Introducción.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2013. *El feminismo en mi vida*. Instituto Nacional de las Mujeres. 2ª Ed. Cap. 1, Cap. 3.
- López Nazario, Fredy Alan. Entrevistas sobre el temazcal en el embarazo, parto y puerperio. *Tlahui-Medic.N.* 26, II/2008.Consultado el 6 de junio de 2016, [http://www.tlahui.com/medic/medic26/temazcal\\_parto.htm](http://www.tlahui.com/medic/medic26/temazcal_parto.htm)
- Luna Maya. 2015. Video: Parir en Libertad, <https://www.youtube.com/watch?v=inrc3FsdpkU>
- Merele Barberá, Juan. 1980. *Parirás con placer*. Editorial Kairós. Madrid
- Méndez-González, Rosa María, & Cervera-Montejano, María Dolores. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México*, 44(2), 129-136. Recuperado el 25 de mayo de 2014, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200007&lng=es&tlng=es)
- OMS, 1985. *Informe sobre Tecnologías de parto apropiadas*.
- Oñate, T. J. (2014). Defensa de la partería Nahua en el Tribunal Permanente de los Pueblos. *La Jornada del Campo*, No. 78. Del 15-03-2014. Extraído el 19-04-2014 <http://www.jornada.unam.mx/2014/03/15/cam-defensa.html>
- Pieschacón Barrera, Camila F. 2013. Introducción. En: *Partería urbana en Bogotá. Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y parto*. Monografía de grado Escuela de Ciencias Humanas Programa de Antropología. Universidad de Rosario. Colombia. Consultado en noviembre de 2014, <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4679/1026272837-2013.pdf?sequence=1>
- Pueblo de Ahuatepec, <http://www.vivemx.com/col/ahuatepec-cuernavaca.htm>
- Tribunal Permanente de los Pueblos. Extraído el 19-04-2014, <http://www.tppmexico.org/documentos/pre-audiencias/> y <http://www.tppmexico.org/lineatiempo.php>

Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Retos legislativos. Recuperado en 19 de noviembre de 2014, [http://fundar.org.mx/mexico/pdf/Tarjeta\\_legislativas\\_impresion.pdf](http://fundar.org.mx/mexico/pdf/Tarjeta_legislativas_impresion.pdf)

Rivera Tapia José Antonio. 2003. La situación de salud pública en México (1870-1960). Revista del hospital general Dr. Raúl Gea González. Vol. 6 No. 1, pags. 40-44

Rich, Adriene. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Ediciones Cátedra. Capítulos V y VI.

Ríos Everardo Maribel. 2001. El género en la socialización profesional de las enfermeras. En Oswald Spring. Resolución no violenta de conflictos. UNAM, Cuernavaca, México, pp. 467-478.

Ríos Everardo Maribel. 2004. El temazcal, una terapéutica alternativa en las relaciones sociales. . UNAM, Cuernavaca, México, pp. 153.

Rodrigañez, Casilda. 2000. El parto es una cuestión de poder. Recuperado el 2 de diciembre de 2014, <https://www.facebook.com/notes/840812782612415/>

Shiva, V. 2009. Globalización desde abajo: de las alternativas ecofeministas ante la globalización alternativa. En Reconceptualizar la seguridad en el siglo XXI, pp. 23 y 35.

Torres Lagunas, M. A., Rubio Domínguez S. 2007 *La partería tradicional en la República Mexicana*, maternidadsinriesgos.org.mx/.../La\_parteria\_en\_Mexico\_ATL.doc

Tribunal Permanente de los Pueblos. Extraído el 19-04-2014, <http://www.tppmexico.org/documentos/pre-audiencias/> y <http://www.tppmexico.org/lineatiempo.php>

Serrano Oswald, S. E. *La construcción social y cultural de la maternidad en San Martín Tilcajete, Oaxaca*. Tesis de doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Capítulo 1.

Soustelle, J. 1984. V. Del nacimiento a la muerte. En: La vida cotidiana de los aztecas en vísperas de la conquista. México. Fondo de Cultura Económica.

Suárez-López, Leticia, Campero, Lourdes, De la Vara-Salazar, Elvia, Rivera-Rivera, Leonor, Hernández-Serrato, María Isidra, Walker, Dilys, Lazcano-Ponce, Eduardo. 2013. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012. Recuperado el 30 de septiembre de 2014, <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002855>

Waitzkin, H. B., Waterman, B. 1984. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*. Editorial Nueva Imagen. México.

Yáñez, S.S. 2013. De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. *Nómadas*. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 37 (2013.1). Consultada el 2 de diciembre de 2014. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_NOMA2013.v37.n1.42568](http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA2013.v37.n1.42568)

## ANEXO

## Glosario

**Medicalización del parto:** utilización de tecnologías, medicamentos, intervenciones como cesárea y episiotomía, acelerar el parto mediante oxitocina y otro tipo de intervenciones que no necesariamente deben usarse, muchas veces con fines de lucro (Illich, 1984, Waitzkin, 1984).

**Partera:** la persona encargada de atender el embarazo, parto y puerperio en la etapa reproductiva de la mujer.

La Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, define el término de partera tradicional como “*especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y el parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio*”. Las parteras reciben diferentes nombres según la región del país: comadrona, matrona, comadre, facultativa y cada lengua indígena la nombra de una forma particular.

Se definen las siguientes categorías: *partera tradicional*, que ha aprendido de otra partera su oficio, ya sea en su comunidad o por alguna familiar que practique la partería; *partera empírica*, que ha aprendido por su cuenta; *partera profesional*, que ha tomado cursos y se ha certificado en una escuela de partería, existen enfermeras que son parteras porque han completado los cursos de obstetricia.

La Asociación Mexicana de Partería en colaboración con otras organizaciones de la sociedad civil e instituciones educativas elaboraron la siguiente definición para partera profesional:

*“Una partera o partero profesional es una persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro y/o la certificación establecidas por un órgano regulador autónomo integrado por parteras. La partera profesional debe ser capaz*

*de proveer a las mujeres el acompañamiento, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto; atender los partos con sensibilidad, responsabilidad y autonomía y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye las medidas preventivas, el cuidado integral de la salud, la detección de las condiciones patológicas en la madre y el bebé, la atención primaria de la urgencia y la referencia oportuna. Cumple una tarea importante en la orientación y educación en los derechos sexuales y reproductivos, no sólo de las mujeres, sino también de la comunidad. Promueve la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural. Su trabajo se basa en el conocimiento de la fisiología y en la confianza en la sabiduría del cuerpo de la mamá y del bebé y reconoce al parto y nacimiento como hechos naturales, íntimos y únicos. Su área de competencia abarca la esfera preconcepcional, prenatal, la preparación para la maternidad y paternidad, la atención del embarazo, y puerperio fisiológicos y se extiende a ciertas áreas de la salud sexual y reproductiva, la planificación de la familia y el cuidado de las hijas e hijos en los dos primeros años de vida. Puede ejercer su práctica en el domicilio, casas de parto, consultorios, centros de salud, hospitales o donde la mujer elija”.*

**Violencia obstétrica:** Según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización,



*menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.*

*La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género*

**Iatrogenia social:** también se escribe yatrogenia. La podemos definir como las lesiones a la salud debido a las transformaciones socioeconómicas que han sido hechas para institucionalizar la asistencia a la salud, la cual se da cuando la burocracia médica crea una salud enferma “aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor , reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aún el derecho del cuidado de sí mismo” (Waitzkin, 1984). Iván Illich (1984) la define como la excesiva medicalización de la sociedad que “fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que no sólo preserva industrialmente a sus miembros defectuosos, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente”.

## Guía de entrevista a parteras

*Buenas días (o tardes), mi nombre es Paloma Rodríguez, sé que Ud. que usted trabaja como partera, he querido conocerla porque estoy interesada en el trabajo de las parteras. Quiero saber de Ud., de su trabajo, de cómo lo desempeña, de cómo es actualmente. Todo lo que me diga es confidencial y se empleará únicamente para la investigación. Con el fin de no distraerme realizando anotaciones, voy a permitirme grabar la entrevista, si usted me lo permite.*

### Datos socioeconómicos

- Domicilio
- Nivel de estudios
- Con quién vive actualmente
- Número de integrantes del hogar

### Sobre sus inicios como partera, aprendizaje

1. ¿Cómo fue que aprendió a ser partera?  
¿Quién le enseñó el oficio? ¿dónde aprendió?
2. ¿Acompañaba a la partera a atender a las mujeres que le solicitaban sus servicios?
3. ¿Cómo se consideraba a las parteras en su comunidad?
4. ¿Había otras parteras en su comunidad?
5. ¿Cuándo atendió su primer parto?

### Descripción de su trabajo

6. ¿En qué consiste el trabajo de partera?
7. ¿Usa remedios de hierbas medicinales para atender el parto? ¿Cuáles usa?

### Las parteras organizadas

8. ¿Pertenece a alguna organización de parteras? ¿a cuál?
9. ¿Tiene reuniones periódicas para conocer alternativas de tratamientos, medicamentos, nuevas terapias y utilización de remedios herbolarios para la atención de la mujer?

### Capacitación e intercambio de saberes

10. ¿Ha acudido a cursos de capacitación para dar una mejor atención durante el embarazo, el parto y el puerperio?
11. ¿Quiénes imparten esos cursos?
12. Antes de capacitarse como partera en la Secretaría de Salud ¿cómo era la atención del parto?
13. Cuando se imparten los cursos de capacitación, ustedes las parteras ¿pueden intercambiar métodos de curación o remedios para cualquier alteración que encuentran en el proceso del parto?
14. En esa capacitación ¿hubo intercambio de conocimientos para dar una mejor atención entre médicos, enfermeras y parteras?
15. ¿Se sienten escuchadas y atendidas en el sentido de compartir experiencias?
16. ¿Ha tenido diálogos con médicos y enfermeras? ¿con parteras profesionales?

17. A las parteras capacitadas ¿también les indican cómo usar métodos anticonceptivos y dispositivos intrauterinos?
18. ¿Usted está de acuerdo en dar capacitación a las mujeres acerca de éstos métodos?
19. ¿Cómo ve los cambios en la atención del parto? ¿cómo es, mejor, peor, diferente?
20. ¿Usted considera que la atención en los hospitales es la adecuada? ¿cómo sería la mejor atención?
21. ¿Qué diferencia hay entre la atención en un hospital y la atención con una partera?
22. ¿Tiene aprendices? ¿quién es, quiénes son? ¿parientes?

#### **Sobre sus ingresos como partera**

23. ¿Usted puede vivir de su oficio?
24. ¿Me puede usted decir cuánto cobra por sus servicios de partera?
25. ¿Quiénes son sus pacientes?
26. ¿Son sus vecinas?
27. ¿Qué es lo que más le gusta de su trabajo como partera?

#### **Alternativas al oficio de partera *Si no vive de su oficio***

28. ¿Qué otras actividades realiza para vivir?
29. ¿Hace tratamientos de otro tipo? ¿cuáles?

#### **Incorporación a instituciones oficiales**

30. ¿Qué hace falta para que las parteras sigan trabajando?
31. ¿Usted cree que pueda trabajar formalmente en instituciones, como centros de salud y hospitales?

Antes de terminar la entrevista ¿le gustaría decirme algo que crea que debo saber, o quiere añadir algo más sobre su trabajo?

Le agradezco su tiempo y su disposición para atenderme y contestar. Cuando termine la investigación me gustaría hacerle llegar los resultados de mi trabajo, para que usted lo conozca.