



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Sociales y Económico
Administrativas

**Parteras de José María Morelos, Quintana Roo, entre la
resistencia y el olvido: Fortalecimiento de los saberes
comunitarios**

Tesis

Para obtener el grado de:

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA APLICADA

Presenta

Luisa Cecilia Balam Villarreal

Directores de Tesis

Mtra. Xochitl Ballesteros Pérez

Dr. Alejandro González Villarruel



Chetumal, Quintana Roo, México. Febrero de 2020.





UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

**División de Ciencias Sociales y Económico
Administrativas**

Parteras de José María Morelos, Quintana Roo, entre la resistencia y el olvido:

Fortalecimiento de los saberes comunitarios

Presenta: **Luisa Cecilia Balam Villarreal**

Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de asesoría y aprobado como requisito parcial, para obtener el título de

Maestra en Antropología Aplicada

Aprobado por

COMITÉ DE SUPERVISIÓN DE TRABAJO DE TESIS:

DIRECTORA: _____

Mtra. Xochitl Ballesteros Pérez

CO-DIRECTOR: _____

Dr. Alejandro González Villarruel

ASESORA: _____

Dra. Ligia Aurora Sierra Soza

ASESOR: _____

M.C. Ever Marcelino Canul Góngora

ASESORA: _____

M.C. Nancy Paola Chávez Arias

ASESORA: _____

M.A. María Elena Cruz Cáceres



Chetumal, Quintana Roo, México, Febrero de 2020

Contenido

Dedicatoria.....	V
Agradecimientos	VI
Introducción.....	1
Capítulo I. Marco teórico-metodológico	10
I.1. Antropología médica	10
I.1.1. Antropología médica aplicada	16
I.1.2. Modelos médicos de atención	20
I.1.2.1. Modelo Médico Hegemónico	21
I.1.2.2. Modelo Medico Tradicional	26
I.1.2.2.1. Saberes	31
I.1.2.3. Salud Intercultural	33
I.1.3 Parteras	36
I.2. Aplicación	43
I.2.1. Método Etnográfico	44
I.2.2. Método biográfico	47
I.2.3. Investigación Acción Participativa (IAP)	48
I.2.4. Matriz de Marco Lógico (MML)	49
Capítulo II. Antecedentes de la partería	51
II.1. Antecedentes de la partería en el mundo	52
Estados Unidos de América del Norte	52
España	54
Japón	56
Sri Lanka	57
II.2. Antecedentes de la partería en Latinoamérica	58
Nicaragua	59
Ecuador	60
Costa Rica	61
II.3. Antecedentes de la partería en México	63
Análisis	65
Capítulo III. Marco contextual: Las parteras en José María Morelos	70
III.1. José María Morelos: contexto de la investigación	70
III.1.2 Características generales de José María Morelos	71
Vías de comunicación	72
III.1.3. Infraestructura y servicios	72
Electricidad	72
Agua potable y Drenaje	72
Educación	73
Salud	74
Deportes y recreación	76
Marginación en el Estado.	76
III.1.4. Actividades económicas	78
III.1.5. Estructura social y política	79
III.1.6. Historia de José María Morelos	80

III.2. Etnografía: Partería en transformación, acompañamiento, resistencia.....	83
III.2.1. Los actores institucionales	90
III.2.2. Políticas públicas, programas e instituciones que interactúan con la partería	92
Capítulo IV. Historias de vida: Entre la resistencia y el olvido	95
Rosa María Cime Xicum	96
Carmen Tadeo Canales	105
Hasta mis hijos me dicen que vayamos a pasear, que vayamos a dar la vuelta, siento que no me gusta estar paseando. Fui a cuidar a mi hermano, tarde 8 días y le dije que iba a ir a mi casa porque lo necesitaba. No soy alguien que ande de acá para allá, no soy de pasear. No ando de a gratis, estoy haciendo cosas, con todo lo que hago ni me alcanza el día. María Luisa Bacab	113
Análisis	122
Capítulo V. Red de casas escuela para la partería comunitaria	123
Tareas	147
Reflexiones finales	163
ANEXOS	166
Bibliografía.....	168

Dedicatoria

Dedicada al amor de mi vida, **Aura**.
Eres la razón de buscar mejores condiciones para las mujeres y
que cada niña que nazca sea amada y se encuentre en un
entorno cálido y acompañada.

Agradecimientos

Al Consejo nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo para estudiar un posgrado de calidad que abono a mi vida profesional y personal, así como es necesaria para proyectos y referencias académicas que abonen a estrategias que repercutan en mejores condiciones de vida para las personas y mejores maneras de explicar la vida en todos sus ámbitos.

Después de 6 años de estudiar una ciencia tan hermosa, pero a la vez tan frustrante que nos enseña a amar y a preocuparnos por el mundo, le agradezco antes que a nadie a mi directora Xóchitl Ballesteros, quien me ha acompañado académicamente en todos los procesos y que me exigió a mejorar en cada nivel.

Agradezco a mi mamá, María Luisa, por ayudar a leerme, acompañarme en los talleres y por sus palabras de aliento para seguir escribiendo.

A José Luis, por acompañarme, alientarme, amarme y por ayudarme cuando era necesario para poder seguir con la maestría. No sé si estemos muchos años juntos, pero en este momento fuiste un apoyo muy grande para que yo pudiera continuar.

A Montse y Fernanda, porque no solo eran compañeras de licenciatura o maestría, no solo son amigas, son casi mis hermanas y nunca había sentido una conexión tan cercana con mujeres, las amo, gracias por sus críticas constructivas y apoyo.

A la Dra. Ligia, al Mtro. Teddy y al Mtro. Ever Canul quienes han sido mis maestros en la licenciatura y maestría, han sido sínodos y una inspiración en mi proceso formativo como antropóloga, además que han estado presentes cuando más lo he necesitado.

A la Mtra. Nancy y la Mtra. Mari, gracias por leerme y por aportar con conocimiento sobre partería e interculturalidad, además de aportar como mujeres y madres al trabajo, pues siempre hace falta el aporte humano.

Glosario de acrónimos

MMH	Modelo Médico Hegemónico
MMT	Modelo Médico Tradicional
AMA	Antropología Médica Aplicada
MCCP	Método Clínico Centrado en el Paciente
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
IAP	Investigación Acción Participativa
MML	Matriz de Marco Lógico
JMM	José María Morelos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ONU	Organización de las Naciones Unidas
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
CAM	Casas Maternas
MSP	Ministerio de Salud de Ecuador
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social

Introducción

El objetivo de esta investigación es contribuir al fortalecimiento de los conocimientos de la partería comunitaria de José María Morelos. La importancia de elaborar la investigación en esta localidad se debe a que es el punto de encuentro de diversas localidades del municipio para atención médica, el Hospital Integral de José María Morelos; contribuir a que se difunda y fortalezca la partería de esta localidad, cuyas mujeres han tenido una trayectoria de 3 décadas en la atención a la salud materno-infantil y de enfermedades culturales y porque es uno de los 3 municipios con población indígena y uno de los focos rojos de muerte materna del Estado de Quintana Roo.

Si bien el tema ha sido reconocido ampliamente en las ciencias sociales para abordar el tema de modelos subalternos, el tomar la decisión de hacer una tesis sobre ello se debe a las propias injusticias vividas, pues sin darse cuenta la violencia obstétrica es una práctica común dentro de los hospitales. En este sentido, después de haberme dado de que teniendo ciertas condiciones de privilegio educativo y económico tuve un parto desagradable, uno voltea hacia atrás y se pregunta ¿Hay otras formas de atención? ¿Cómo devolverle la autonomía y capacidad de decisión sobre el cuerpo a las mujeres? ¿Hay alguien que podría dar un acompañamiento integral a las mujeres durante todo el proceso? ¿Cómo puede la antropología abonar a mejores propuestas de acompañamiento y atención a la salud?

Y fue así que la evaluación de un programa de salud reproductiva del Seguro Popular fue el tema de Licenciatura, sin embargo, las respuestas a muchas preguntas después de mi evento obstétrico fueron resueltas en diversas entrevistas. Las mujeres de localidades aledañas a Chetumal decidían ir con parteras para el alivio de dolor, de asesoría y acompañamiento, que si bien no podían atender su parto les permitía que el impacto del parto no fuera tan grande, pues el acompañamiento brinda dos beneficios en el sentido físico, pues alivia el dolor de la mujer y en otro sentido simbólico, pues el asesoramiento de manera cultural de la partera brinda una

satisfacción emocional. Y aunque abonaban a la salud materna, las embarazadas ocultaban que las habían sobado o habían recibido asesoramiento con las mismas ¿Por qué? Porque el doctor las regañaría y les diría que podrían sufrir un aborto o lastimar a su bebé. En este sentido se puede encontrar en los siguientes apartados de la tesis la construcción de un discurso institucional que busca el desprestigio de la partería desde diversos ámbitos, en el sentido de ser una estrategia de salud para la periferia, una práctica que no es exclusiva, pero en su mayoría son mujeres quienes brindan este servicio y por otra parte es político, pues la atención “debe” ser brindada por el Modelo Médico Hegemónico.

Finalmente, los resultados de la investigación fueron que el programa necesitaba volverse hacia una atención más integral y atender desde una perspectiva más cultural y recordé la figura de la partera, donde en el programa la describe como un auxiliar que ayudaría a la reducción de estrés durante el parto y un acompañamiento cultural, mientras el médico se enfocaba en lo físico.

Siguiendo con la línea de investigación sobre salud materna-infantil se estudiaron las cifras de muerte materna en el estado, pues de esta manera se recordó la importancia de que existieran servicios integrales y la búsqueda de un modelo o sistema de salud intercultural resultaría viable. Entonces, ¿Qué impedía que las parteras atendieran de manera plena junto con el modelo médico institucional? A continuación, la investigación resuelve varios de estos puntos y abona a la importancia de la partera en las localidades como José María Morelos.

La investigación consta de 5 capítulos para los cuales se realizó trabajo de campo en la localidad de José María Morelos, Quintana Roo durante los periodos de verano de 2018 y 2019.

El primer capítulo analiza las perspectivas teóricas para un análisis profundo de la partería, por lo que en primera instancia aborda la antropología médica como la subdisciplina con mirada hacia los enfoques, perspectivas y las formas de atención a través de los conceptos del trinomio salud – enfermedad – atención, de la que se desprenden las formas de abordar la

temática de la salud, que van desde la perspectiva interpretativa, que busca nociones y percepciones de otras culturas, mientras que otras perspectivas, y la fundamental para esta tesis es la fenomenológica que permite el estudio de la cotidianidad desde una actitud natural, la cual se da a través de la construcción de relaciones de convivencia y familiaridad

Lo que explica la teoría fenomenológica es que la familiaridad y la cotidianidad se construyen gracias a relaciones de convivencia que individual y colectivamente configuran el significado de la realidad vivida como es la experiencia, las emociones y le da sentido a las nociones individuales y culturales. En este sentido y para el análisis se hace hincapié en las nociones de *illness*, *disease* y *sickness*, que hablan en un sentido de la enfermedad, pero a diferentes niveles, pues en la primera habla en un sentido psicológico, en el segundo de un estado físico o corpóreo y el último en un sentido social o cultural.

Por ello que las percepciones del cuerpo son fundamentales, pues en un sentido fenomenológico se construye gracias a los conocimientos adquiridos en la interacción cotidiana con otros. El cuerpo no solo se vuelve una construcción física, si no que la percepción del cuerpo se configura a través de los saberes adquiridos en la cotidianidad y en lo físico-biológico se construyen las percepciones de salud, sensibilidad o dolor conforme la herencia cultural.

¿Cuál es la relevancia de las percepciones de un cuerpo, de la enfermedad y la cura? Pues desde la perspectiva fenomenológica es fundamental, pues ayudaría a mejorar ampliamente las políticas y programas de salud a través de la experiencia de los usuarios que viven los procesos y lo ayudarían a traducir estas experiencias a una mejor atención, la búsqueda de una cura integral y mejorar las condiciones de servicio.

Aquí es donde la tercera perspectiva teórica abona a la fenomenología, pues mientras una toma en cuenta las percepciones y la forma en la que viven la salud los usuarios, la antropología aplicada trata de buscar un modelo flexible que permita la convergencia de diversas prácticas y no se limite la atención a solo un modelo biomédico institucional.

Además, que la antropología aplicada busca devolver lo que por mucho tiempo se les ha quitado a los protagonistas o actores, sus voces, puesto que quienes viven esas realidades son ellos y son quienes no tienen injerencia. De esta forma se permitiría tener una visión holística y crítica de los modelos de atención de salud, así como enfrentar, modificar o resistir puntos críticos en el tema de salud y desde otra vertiente buscar busca términos teórico - metodológicos menos rígidos del proceso de atención que se adapten a la cultura local.

En este sentido, el estudio de los modelos de atención son la herramienta metodológica de las ciencias sociales para el estudio de salud, en este caso en palabras de Menéndez el uso del término modelo y no sistema se refiere a la manera en que se confeccionan características estructurales para crear relaciones de cura con quienes tienen padecimientos, involucrándolo en el proceso de cura y detrás de ello existe y se confecciona una producción teórica, metodológica, ideológica y socioeconómica (1992).

Los modelos de salud más estudiados son los dicotómicos y clásicos, el Modelo Medico Hegemónico y el Modelo Medico Tradicional, aunque existen otros modelos de atención, como el de autoatención, pero los que sirven para el análisis de este estudio son los anteriormente mencionados.

El Modelo Medico Hegemónico es aquel que se instala en el sistema neoliberal y que funge como el modelo de atención oficial. Conlleva una serie de prácticas, conocimientos y teorías que lo sustentan como la medicina institucional o la única para atenderse. Se sustenta en características biológicas, no toma en cuenta los procesos históricos de salud y enfermedad de las poblaciones y estudia a quienes atiende como “cosas” a las que hay que curar y no existe un trato de reciprocidad en el trato.

Este trato se basa en desigualdad de conocimientos, lingüística y cultural, se basa en una relación mercantilizante, pues el usuario es un sujeto pasivo, llamado “paciente”, se encuentra a la espera de una cura, sin involucrarlo en el proceso de sanación. Y el éxito del modelo está en su

incorporación a las practicas locales de curación, así como el suministro de los medicamentos como la cura a todos los padecimientos.

Con fundamento en la investigación, uno de los grandes cambios se encuentra en la salud reproductiva. El embarazo parto y puerperio pasa de ser un proceso comunitario a uno burocrático y de ser acompañadas a ser un evento individual. En términos prácticos y de costos en el Modelo Hegemónico es ideal, pero como se relata en el Modelo Tradicional, las repercusiones emocionales, psicológicas y sociales tienen altos costos.

En contraparte, el Modelo Medico Tradicional se define como el procedimiento comunitario y fenomenológico, en el que, a través de prácticas y un conocimiento que adquiere o hereda ayuda a mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales.

En este caso se diferencia del Modelo Hegemónico por quienes atienden, pues es un médico que comparte cultura y lenguaje y brinda atención especializada para fortalecer física, emocional y socialmente a los individuos.

No es solo que modelo es mejor, si no saber integrarlos a la cotidianidad, pues debe buscarse una relación intercultural factible para la disminuir la saturación del modelo institucional, brindar acompañamiento cultural y humano a las mujeres y niños, disminución de intervenciones quirúrgicas y de muertes maternas, además de devolver el empoderamiento de las mujeres sobre su cuerpo.

Ahora bien, la búsqueda de la relación intercultural debe ser un dialogo entre ambos modelos y no solo un proceso vertical, como suelen ser las intervenciones institucionales, entre estas propuestas “interculturales” esta la introducción de médicos tradicionales en consultorios médicos y recetar medicinas y seguir el proceso medico hegemónico, quitándole el significado y la esencia de la atención personalizada.

Para empezar esta clase de dinámicas interculturales deben tener las posibilidades de establecer el dialogo, una de estas propuestas se da desde lo académico, en el que para la construcción de un modelo intercultural lo primero que tendría que haber es un concepto que permitiera describir los conocimientos del llamado medico tradicional. Lo tradicional está ligado a un concepto de atraso, de falta de desarrollo, por lo que saberes equivale a una carga simbólica y que le da el valor de los conocimientos que portan.

En México existe una gran diversidad de culturas y etnias que buscan la autonomía cultural, entre estas exigencias esta la autonomía en la atención a la salud, para ello la inclusión de programas y políticas bilingües y pertinentes culturalmente. En el apartado de salud intercultural se aborda las discusiones teóricas con respecto a los saberes locales; pues pueden buscar resistir, reconfigurarse o adaptarse, pero en perspectiva se estudia que ganan o pierden en el proceso y buscar las mejores condiciones para quienes están implicados.

Derivado de ello, se hace hincapié en las parteras, pues abarca todo lo anterior descrito, son el saber local de diversas poblaciones indígenas y marginadas y que la figura a partir de la introducción del modelo medico hegemónico como el modelo oficial, ha modificado la percepción y su quehacer.

Las parteras son las acompañantes con experiencia y conocimiento cultural para atender mujeres embarazadas, mujeres que van a parir o niñas/os, surgen de la misma localidad y son mujeres sabias.

La partería es afectada a través de que la medicina institucional se establece como el único diagnóstico y en el caso de la salud reproductiva, dependiendo de los contextos y condiciones, la resistencia, eliminación o reconfiguración. Una de las herramientas de control se dio a traes de la política para la profesionalización de las parteras empíricas o tradicionales, se discute ampliamente de las repercusiones del programa.

Para vislumbrar las condiciones y repercusiones de los programas de certificación y otras intervenciones en el tejido de las parteras, diversas metodologías permiten una investigación integral, que permitieron la redacción de una propuesta de intervención desde la propia voz e las parteras.

La metodología implementada para la investigación fue cualitativa. El método etnográfico como una de las herramientas clásicas de la antropología permitió el análisis de la cotidianidad de las parteras para contrastar lo que se ha modificado desde hace 3 décadas, buscando soslayar lo que dicen, lo que hacen y lo que dicen que hacen. En este sentido también se buscó analizar las relaciones establecidas después de programas de intervención a la práctica.

Mientras que el método biográfico permitió a través de las historias de vida de las tres mujeres participantes en este estudio permitió ver el complejo fenómeno de la partería a partir de la introducción de un programa externo y que pareciera que tuvieran demasiadas diferencias como para recuperar el tejido, pero que haciendo hincapié en diversos eventos dejan ver la inequidades al modelo de salud, las desigualdades económicas, laborales y asociadas al género que crean un triple grado de vulnerabilidad de etnia, género y clase económica.

Para la aplicabilidad se realizaron talleres para la implementación y concertación de la Matriz de Marco Lógico y la Investigación Acción Participativa que ayudo a la redacción del capítulo cinco, donde se encuentra la propuesta de intervención.

En el segundo capítulo se aborda de lo general a lo particular las parterías del mundo, latinoamericanas y las parterías en México. La importancia de este capítulo es que los antecedentes dejan ver los caminos que tiene el modelo neoliberal para controlar, marginar y erradicar las prácticas subalternas, deshumaniza la atención a la salud e instaura un discurso donde las desprestigia, como en el caso de la partería, replicando que es insalubre y peligrosa.

En la segunda parte se trata sobre la imposición de políticas internacionales sobre países en “vías de desarrollo” y que instalan políticas de vigilancia y castigo hacia la partería, ya que lo

que se busca es la profesionalización del gremio. Aunque la partería ha sido intervenida por estas políticas de control, en los antecedentes se relata sobre formas de resistencia y reconfiguración en diversas partes del mundo.

El tercer capítulo es fundamental, pues la etnografía es la base y el método por excelencia de la antropología, en este capítulo en primera instancia se hace una descripción de los servicios de la localidad, un recuento histórico y a través de datos recabados en el trabajo de campo sobre los procesos cotidianos de la partería, es decir, un análisis fenomenológico de la partería en la localidad de José María Morelos, con sus puntos críticos. Se analizan los actores institucionales, los programas y políticas internacionales, nacionales y los procesos de resistencia que se dan internamente por conservar la partería.

El cuarto capítulo es sobre las historias de vida de las tres parteras que decidieron participar en el estudio, la pertinencia de incorporarlas al estudio no es solo por decisión, sino que son las mujeres que aun atienden activamente en la localidad. Estas mujeres son María Luisa Bacab, Rosa María Cime y Carmen Tadeo Canales. No solo son mujeres mayas, son mujeres que migraron a la localidad y tienen más de 3 décadas ayudando en la atención a la salud materna e infantil. Cada una de ellas ha tenido un proceso de formación diferente, a través del don (vocación) o herencia cultural de alguna familiar. Aunque cada una de ellas ha tenido un desarrollo personal diferente, existen puntos de encuentro en el que la partería ha sido no solo una actividad para ellas, sino un estilo de vida, algo que le da sentido a su existencia. Además, las historias de vida visibilizan las desigualdades de género, etnia e ingreso económico y las inequidades de salud.

Finalmente, el quinto capítulo es la propuesta que se desarrolló gracias a los talleres y el trabajo de campo, pues la idea del posgrado es el desarrollo de proyectos que permitan alzar la voz a los actores que históricamente han sido silenciados. Por ello la propuesta “Red de casas escuela para la partería comunitaria” abona desde el título la idea de las parteras por recuperar el

conocimiento ancestral para las siguientes generaciones a través de la promoción de la partería, pues debido al discurso de la medicina institucional existe un miedo a la atención del mismo, ya que es considerado insalubre y riesgoso. Como segundo término las pláticas en el parque o lugares públicos permiten ampliar las personas que accedan a la información del quehacer y si son las mujeres interesadas las que se acerquen y tengan el “don” podrán formar una nueva generación de parteras con calidad humana. Es un proceso gradual, pero que permitirá que las mismas parteras puedan replicar los talleres y el proyecto sin la intervención del antropólogo.

Capítulo I. Marco teórico-metodológico

I.1. Antropología médica

En este capítulo se plantean las perspectivas teóricas bajo las cuales la Antropología Médica analiza algunos fenómenos, la aplicabilidad es fundamental en la investigación de este proyecto para incidir en el desarrollo de la partería en la localidad de José María Morelos, Quintana Roo. Aunque las perspectivas son diversas y ayudan a explicar diferentes fenómenos de la vida social, cultural y de la salud de las poblaciones en la vida nacional, la perspectiva fenomenológica es la que compete, pues permite no solo explicar desde una manera científica los procesos de la vida cotidiana, sino que además dejando de lado análisis rígidos permite explicar el significado y lo que experimentan desde las mismas personas o en este caso los usuarios. De este modo la fenomenología aporta para un análisis de la salud como pilar de la conformación del ser humano y que lo cultural ayuda a la mejora de los servicios, así como contribuye a una cura integral incorporando los procesos locales.

Parte del análisis de la investigación reside en la discusión de la antropología médica como herramienta de aculturación al incorporar y modificar diversos procesos ajenos al hegemónico. De lo anterior se ha formulado una postura crítica con respecto a cómo se construyen actualmente las propuestas de atención médica, en la que deben considerarse mejores formas para adaptarse a los requerimientos de la vida cotidiana en cuanto a la interacción de los diversos modelos de salud, tomando en cuenta las relaciones de poder existentes desde el imaginario de modelos dicotómicos, tradicional y hegemónico (Menéndez, 1994).

Se habla de asimetrías de poder cuando en los modelos dicotómicos, hegemónico-tradicional se oficializa el discurso normativo de la hegemonía, prestigio, relación de saberes, lo que ayuda a construir un panorama crítico sobre los modelos de atención, pero a través de la reflexión y de la búsqueda de modelos más justos en cuestiones de atención ha generado movimientos sociales que buscan el reconocimiento en contraposición de la postura de

dominación ejercida por el Estado al establecer un modelo de atención sanitaria único u oficial que deslegitima a los otros modelos (Touraine, 2006).

La discusión actual es como la antropología médica puede coadyuvar al empoderamiento de los llamados “otros modelos de atención” y quienes son usuarios al verse como sujetos políticos y buscar las convergencias de los modelos para la construcción de un modelo intercultural funcional que mejore las condiciones de vida de las poblaciones y los servicios de salud, para ello se requiere de la participación de los mismos en la atención de los procesos considerados en los rubros de salud, atención y enfermedad , no solo tomando en consideración lo que establece el modelo hegemónico .

Se ha establecido la importancia de la antropología médica¹ en el contexto nacional, pero fundamentalmente para este capítulo se ha determinado como una subdisciplina, cuya base se encuentra en el trinomio de conceptos de salud-enfermedad-atención, del cual cada cultura, sociedad o grupo social desarrolla diversas maneras de darle respuesta. Con estos tres conceptos se ha desarrollado perspectivas teóricas adaptadas a términos culturales que proporciona una visión holística, la cual abarca las dimensiones psicológicas, biológicas y sociales que en conjunto brindan elementos que ayudan a determinar la forma en que es percibida y vivida la salud por la sociedad (Díaz et al, 2015).

Estos conceptos básicos conforman el llamado trinomio salud-enfermedad-atención, que son resultado de la articulación de la ecología, la biología y la cultura, que contempla la realidad de los seres humanos (Gómez, 2013). Ya que la realidad humana es compleja, debe considerarse que en cada cultura o sociedad existen diversos modelos de atención, cada uno con un contexto particular y procesos propios resultando instituciones capaces de generar relaciones entre sí con el fin de atender o curar.

¹ Eduardo Menéndez ha realizado una trayectoria muy amplia en la subdisciplina de la antropología médica, en la cual se estudia el proceso de salud/enfermedad/ atención, de lo cual deriva las percepciones sobre estos tres conceptos y que estos son procesos construidos socioculturalmente, por lo que los diagnósticos no solo son percibidos por el cuerpo, sino que funcionan como una herramienta de control y cura, lo que legitima objetiva y subjetivamente (Menéndez, 2002)

En cada modelo se reconfigura cada uno de estos conceptos para explicar y atender a los usuarios de las culturas, por lo que se puede entender un modelo como una herramienta metodológica en el que se entrelazan conjuntos sociales, actores de curación, producción teórica, técnica, prácticas, saberes e ideología (Menéndez, 1992).

La antropología médica, en este sentido, tiene la tarea de analizar y comprender los procesos y características de los diferentes modelos, y aunque existen diversas perspectivas para entenderlos para efectos de esta investigación se enfocaran en tres corrientes. En primera instancia, la interpretativa, como segunda la fenomenológica y en tercero la aplicada, por mencionar algunas.

En la primera corriente de corte interpretativo busca establecer cuáles son las conexiones entre los diferentes modelos en una cultura dada, tomando en cuenta los procesos biológicos, medio ambiente, los significados y símbolos, presentes en la forma de experimentar e interpretar el dolor, sufrimiento y enfermedad.

Los autores destacados de la corriente interpretativa son James Clifford, George Marcus y Michael Fischer, en el que enfatizaba que ya no existían culturas aisladas y que la etnografía e investigación antropológica debía tratarse más de un dialogo permitiendo la polifonía. En este sentido se hace hincapié en una introspección a la antropología como una ciencia que estudia la cultura propia y ajena y como funciona esta relación. Para Marcus y Fischer debe ubicarse como una corriente que debe ser crítica y que tiene un amplio sentido en la búsqueda de la descolonización (Garma, 1991)

En este sentido la antropología interpretativa toma en cuenta las concepciones y percepciones de otras culturas sobre las emociones internas, el ser y al individuo, que en las investigaciones solía ser olvidado en la etnografía. Lo novedoso en esta corriente es que, hacia reflexión sobre la misma antropología y la manera de hacer investigación, por lo que no solo se

limitaban a las herramientas metodológicas clásicas de la antropología, sino que podían servirse de la literatura, películas, poética y mitos (Garma, 1991)

De igual modo, la fenomenología fue uno de los antecedentes de la corriente interpretativa y que en este sentido es una corriente útil para explicar las percepciones y funcionamiento de los modelos de salud a través de quienes son usuarios y lo viven. Es una de las corrientes teóricas que sustentan la presente investigación. Uno de los principales exponentes es Edmund Husserl², quien fundó la corriente fenomenológica como un método filosófico en 1913, aunque su formación se aplicaba a las ciencias duras, gracias a la tutela de Brentano, uno de los psicólogos más importantes de la época fue que obtuvo las bases de la fenomenología, cuya corriente fue de las más relevantes del siglo XX.

En este sentido la base de la fenomenología de Husserl se basaba en transmitir y hablar de la experiencia desde la realidad, en cuyo caso la pregunta filosófica trata de romper con la vida cotidiana, dejando de lado la actitud natural, es decir romper con aquello que el sujeto conoce y normaliza, como si esto estuviera fuera de la cotidianidad.

Sin embargo, para efectos de la tesis, la teoría fenomenológica de Alfred Schütz, sociólogo y filósofo, es de las que ayudaran a explicar la investigación. Se sustenta en dos estructuras teóricas, por una parte, la sociológica comprensiva de Max Weber y la fenomenología filosófica de Edmund Husserl y es conocida como “fenomenología constitutiva de la actitud natural” (Gros, 2016).

La fenomenología de Schütz se preocupa por la idea de la intencionalidad de la conciencia, subjetividad y la vida cotidiana. En este sentido una de las bases de la fenomenología de Schütz es como las vivencias influyen en la construcción de significados, en la conciencia y como estos se forman en el desarrollo de la vida cotidiana con otras personas. Para ello profundiza en lo que es la acción social, lo que es una acción que aún no ha sido realizada,

² Nació en Moravia en 1859 y se formó en matemáticas, física y astronomía en la Universidad de Leipzig

estudiada a través de la teoría de la acción, en la que observamos la motivación o intencionalidad. La cotidianidad es la base del desarrollo de la teoría fenomenológica conformando relaciones sociales que se construyen relaciones de familiaridad y de relación vivencial ayuda a construir los procesos cognoscitivos, interpretaciones y significaciones (Riquelme, 2007).

Si bien la primera corriente permite analizar las formas en que se experimentan las enfermedades, la corriente fenomenológica, explica que a través de los códigos semiológicos y contextuales a nivel macro la relevancia de las nociones consideradas en el ámbito de la salud, pero que provienen de la experiencia, las emociones, al mismo tiempo que posiciona al individuo como una figura que configura racional y semánticamente corpórea, cuya noción del cuerpo la configuran aspectos cognitivos y culturales. La fenomenología tiene la tarea de describir el sentido de las cosas o fenómenos en el mundo para las personas.

Para una mayor comprensión se asocian las dimensiones y percepciones de la enfermedad denominándolas *illness* para referirse a la percepción psicológica, *disease* para el ámbito físico y *sickness* para los aspectos culturales.

En el campo de la medicina, la diferencia de conceptos de quien sufre la enfermedad (*illness*) y la enfermedad en sí (*disease*), da un campo amplio en donde se puede visualizar la conducta del paciente, considerando que la experiencia de la enfermedad va más allá de lo que indica el historial médico y que refiere a un mundo de significados proveniente de quien porta una enfermedad o padecimiento.

De acuerdo a la teoría fenomenológica existe una manera subjetiva y otra objetiva de percibir el cuerpo y la enfermedad; en la visión subjetiva la construcción del concepto “cuerpo” se da a través de los conocimientos percibidos de forma inconsciente en la interacción con los “otros”. Y es a partir de estos saberes que se relacionan con elementos de la vida cotidiana, momento en el cual toma conciencia de lo físico y subjetivo toma forma, para volver el

conocimiento objetivo, es decir, la percepción del cuerpo toma consciencia de las carencias de sensibilidad o dolor y existe la noción de como otros miran a lo que llamamos “cuerpo”, salud o enfermedad (Martínez, 2013).

El cuerpo en este sentido condensa y soporta el contenido de significación del mundo a su alrededor y de este modo, permite entender la cosmovisión, la concepción cultural y como se representa asimismo (Martínez, 2013)

En palabras del filósofo Adaya Leythe, en la teoría fenomenológica la construcción de la corporalidad, se condensa en la complejidad de lo voluntario e involuntario, por una parte aquello que se construye a través de las relaciones y que dan forma a lo deseado o voluntario y por otra parte los motivos, que constituyen lo involuntario del cuerpo donde requiere ser cubiertas ciertas necesidades, aunado a valores vitales y la imaginación que ayudan al individuo socialmente construido a constituir nociones básicas de percepción, como lo es el placer y el dolor (2018).

En este sentido, la perspectiva fenomenológica tiene relevancia para mejorar programas o políticas públicas de salud y conocer la experiencia vivida de los usuarios, de esta manera se interpretan y traducen las experiencias en cuanto al tema de salud, ya que las políticas construidas desde el Estado van de la mano con condiciones económicas o políticas y que no atraviesan a quienes viven los procesos de salud-enfermedad y no permiten la recuperación integral (Mendieta-Izquierdo; Ramírez-Rodríguez; Fuerte; 2015)

La tercera, que será abordada de manera más amplia en el siguiente apartado es la antropología aplicada, en conjunto con los usuarios que participan o quienes portan los saberes de recuperación reconocen los diferentes modelos de atención a la salud y busca en conjunto hallar diversas posibilidades que mejoren la relación entre los modelos presentados y la atención en la que se contemplen las diversas propuestas culturales (Martínez, 2013).

Al analizar los modelos de salud, en los marcos explicativos anteriores todas reconocen que los sujetos y elementos implicados que conforman la relación con el modelo deben ser tomados en cuenta, pues el considerarlos permite tener un mejor panorama situacional en una sociedad o grupo determinado y construir diferentes formas de saberes, despojándose de análisis rígidos y fortaleciendo los contextos pluriétnicos (Traimond 2005 en Aparicio, 2007).

Aunado a que los actores de los modelos deben ser involucrados en un proceso interrelacional, también debe tomar en consideración una forma alterna de entender el proceso de la salud, ya que se encuentra sesgada por el factor biomédico institucional haciendo referencia al entendimiento de la enfermedad como un proceso únicamente físico-biológico y la utilización exclusiva de términos biológicos para generar diagnósticos a pacientes provenientes de diversos orígenes y condiciones sociales sin que se consideren las percepciones, sentimientos y subjetividades de los individuos que son resultado de constructos sociales.

Se debe tomar en consideración la incorporación del lenguaje culturalmente pertinente al momento de brindar atención médica, situación que permitiría la cabal utilización de un modelo intercultural de salud, que dentro de las políticas actuales ya se ha planteado, pero en la realidad este lenguaje se limita al biomédico institucional.

De esta manera se ayudaría a cuestionar sobre las concepciones ontológicas y epistémicas de las ciencias biológicas en el campo de la salud, buscando nuevas formas de incorporar al modelo de salud acciones o resolver problemáticas sociales con respecto a la forma, procesos y modos de atenderse (Arrieta, 2016).

I.1.1. Antropología médica aplicada

Asociado a la investigación de temas de salud o relacionadas al mismo, al menos desde la antropología, se ha dado de manera aplicada, esto se debe a la naturaleza de los procesos, puesto que conlleva la intervención dentro de las dinámicas cotidianas y de interacción, de forma que

busca maneras alternativas a las establecidas para mejorar las condiciones de vida de la población objetivo, por ello la importancia de trabajar en conjunto de quienes intervienen en la relación de atención.

En la actualidad, la antropología médica busca nuevas formas de abordar una mirada crítica del modelo biomédico que busca una universalidad y es ahistórica, para encontrar uno o varios modelos más flexibles, que permita diversas prácticas de salud y no se homogenicen las prácticas y actores, despojándose de los valores y prácticas de enfoque biológico como único modelo.

Busca maneras alternativas de atención y que las prácticas de diversos sistemas converjan para que funcionen en un contexto intercultural.

“Centralmente se aborda el problema, (...) para enfrentar los aspectos ineludibles que refieren a una toma de posiciones y definiciones respecto a las dificultades teóricas y conceptuales que la interculturalidad impone a los actores involucrados, con el obvio interés de ser partícipes de este gran escenario (...)” (Lerín, 2004; 112).

Cuando se habla de la aplicabilidad es importante que además de las percepciones de las problemáticas o dinámicas de salud se tome en cuenta que otras directrices las atraviesan.

Aparicio menciona al respecto de la Antropología Médica Aplicada (AMA):

“Va a tener en cuenta no sólo lo observable y cuantificable de la desarmonía crónica sino también la experiencia narrada por quienes la padecen. Las adaptaciones y modificaciones de ayudas y planes se van a hacer conforme a datos biológicos, opiniones de los profesionales de la salud, observación, aportaciones de los propios enfermos sobre su relación vivencial con el entorno (físico-natural, social y cultural) y opiniones de terceros (2007; 2)

De lo anterior, deriva que el estudio de la salud desde la perspectiva de la AMA sea una parte esencial, sobre todo en contextos con diversas culturas y modelos y de este modo crear o adaptar

a las condiciones los programas de salud intercultural (que suele ser una característica esencial en la actualidad para mejorar las condiciones de vida de los usuarios y de la reducción de presupuesto en la prevención, diagnóstico y tratamiento).

Además, que no contemplar estudios desde la AMA va relacionado a una visión sesgada y dicotómica de los modelos de salud como son los modelos institucionales y tradicionales. La AMA ha sido crítica en explorar dinámicas menos rígidas y busca términos teórico - metodológicos del proceso de atención que se adapten a la cultura local.

Parte de la crítica a la visión sesgada de atención a la salud es que suele relacionarse que la población indígena se limita a buscar atención en los modelos tradicionales, cuando la atención que buscan puede adaptarse a condiciones menos rígidas que les permiten pasar de un modelo a otro o combinar diagnósticos y tratamientos. De aquí surge la discusión de encontrar modelos interculturales para atención a la salud:

“Este supuesto sirvió de base para la aplicación, creación y diseño de programas, introduciendo el término ‘interculturalidad’ para definir la necesidad de complementación de ambas medicinas. En este sentido, se utilizó el sistema médico tradicional como opuesto al biomédico, considerando y reconociendo a estos dos sistemas como los únicos a los que recurre la población. (...) el concepto de medicina tradicional ha sido equiparado al de interculturalidad, la necesidad de la implementación en los servicios de la salud intercultural implicaba, pues, la complementariedad entre estas dos medicinas”
(Ramírez, 2006; 406)

Además, la AMA busca dar voz a los actores, quienes viven el proceso de los modelos de atención a la salud, como fenómenos bioculturales desde una forma holística para entender los puntos críticos los mismos. En este entendido Díaz, Aguilar y Linares, quienes desde la perspectiva salubrista definen que el AMA:

“Permite analizar cualquier fenómeno biocultural, desde el relato de lo vivido de sus protagonistas con interés en los sentidos y los valores, con la “mirada” que sabe hacer extraño lo cotidiano y ve más allá de los acontecimientos, para así explicarlo de una manera más amplia, lo que ayudaría a mostrar los problemas que pudieran subyacer” (2015, 657).

Cualquiera sea el ambiente en el que se desempeñe o investigue, la AMA tiene las bases teóricas y metodológicas para ser culturalmente sensible, tomando en cuenta las vertientes de la resolución de problemas para todas las partes implicadas:

“Los antropólogos médicos aplicados cualquiera sea el ambiente donde trabajen, forman parte tanto del macro nivel de las políticas, su cultura y estructuras subyacentes como del micro nivel y su cultura y estructura. Uno de los objetivos principales (...) es comprometerse en un proceso de resolución de problemas que es social y culturalmente sensible, que puede responder a una retroalimentación correctiva, que es responsable y que conduce a un conocimiento crítico” (Weisner, 1998; 75).

Además de hacer propuestas teóricas, la AMA funciona como una ciencia intermediadora. “La antropología aplicada propone soluciones e intervenciones. (...) resulta una ciencia armonizadora de tendencias culturales distintas: interlocutora, bisagra de sistemas y modos diversos de entender y conseguir el bienestar” (Aparicio, 2007; 2).

Cuando el problema es contextualizado se posibilita las opciones de quienes están implicados en el problema para generar cambio, así se pone en perspectiva lo que ganaran o perderán en el proceso de transformación de manera que el cambio no sea abrupto.

En este sentido, la AMA puede tener una gran incidencia en el carácter epidemiológico de México, sobre todo cuando se habla de poblaciones marginadas que se ven afectadas de manera más significativa:

“Los distintos patrones de autocuidado o de búsqueda de atención, las prácticas terapéuticas adoptadas, los sistemas de apoyo familiares, vecinales y/o comunitarios, las representaciones populares acerca de estos padecimientos, sus causas y su posible curación, son algunos de los campos de trabajo que tiene la antropología médica” (Freyermuth y Sesia, 2006; 16).

Y en este sentido las redes que se tejen para el proceso de atención, salud y enfermedad serán de vital importancia en la aplicabilidad y las propuestas de intervención o incidencia.

I.1.2. Modelos médicos de atención

El concepto clásico de “modelo” se concibe como el instrumento metodológico en el que se construye mediante características estructurales que confeccionan las relaciones curadoras con quienes padecen, involucrándolos en el proceso de cura y detrás de ello toda una producción teórica, ideológica y socioeconómica (Menéndez, 1992).

Desde la literatura biomédica institucional, la importancia de llamarlo modelo y no sistema reside en un elemento que fue construido particularmente para que los organismos internacionales de salud, universidades y países hegemónicos con ciertos avances médicos concentraran o integraran características que fueran ordenados, coherentes y que permitiera integrar tres funciones elementales, diagnosticar, explicar y que fuera predictiva. En este sentido funciona como una simulación o duplicación de la realidad tangible o simbólica, aunque no es posible cumplir todos los elementos para definir que es un modelo, se buscan los elementos básicos que conformarían una estructura de los modelos (Cordera, 1986).

Los modelos médicos permiten explicar las formas y estrategias de atención que toman los diversos grupos sociales para enfrentar el trinomio ampliamente estudiada en la antropología médica, salud-enfermedad-atención (Barragán, 2005).

Por ello, cada modelo toma en cuenta lo que el concepto de lo que es la medicina, puesto que cada una tiene una connotación diferente para cada cultura, pues hay tantos tipos de

medicinas, como culturas. La relevancia de estudiar las diferentes clases de medicina también reside en analizar las relaciones que se establecen en la atención o cura, puesto que pueden y suelen darse relaciones de inequidad y de desigualdad, se trata de un juego de poder de dominación de saberes, económica y cultural sobre otros, las llamadas otras medicinas (Lozoya, 1989).

Una forma de entender las nociones y procesos del trinomio estudiado por los modelos médicos es a través del análisis de los padecimientos, que son la base de significados de índole colectiva y que a través de procesos sociohistóricos dan pie a la percepción de las dolencias y formas de atención, en esta construcción se encuentran los sistemas de hegemonía / subalternidad en los diferentes sectores sociales. En el primero encontramos una relación de control y una relación basada en desigualdad de conocimientos y de racionalidad basada en conocimientos biomédicos construidos institucionalmente y el segundo construcciones sociales basados en una relación de trato igual en términos culturales, que se relaciona a representaciones y prácticas sociales (Medina, 1998).

Sin embargo, se ha desarrollado un amplio debate sobre la polaridad escrita y estudiada sobre los modelos, limitándose a un análisis rígido como lo es el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y Modelo Médico Tradicional (MMT) que, si bien ayuda a analizar y a hacer visibles las condiciones de salud existentes en diferentes sociedades, también sesga otro tipo de atenciones, como son los autocuidados y las transformaciones que se dan en estos modelos, como si los modelos tuvieran una forma estática. Para fines de entender en que consiste este tipo de críticas, se analizara en los siguientes apartados los modelos principales de atención médica, sus características, quienes son los que portan el conocimiento y los procesos de atención-cura, sus aportes y los puntos críticos de los mismos.

I.1.2.1. Modelo Médico Hegemónico

Se le denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH) al conjunto de prácticas, conocimientos y teorías generadas a la llamada medicina institucional o científica que se ha legitimado a través del sistema económico neoliberal como la única o “más certera” para atender las enfermedades, que a su vez imposibilita otras formas de atención. Son tres las características fundamentales del modelo que lo sostienen, el biologismo, la ahistoricidad y su asociabilidad reflejado en lo académico.

Sistematiza las características de la biomedicina como una forma de conocimiento y atención, además que permea las prácticas cotidianas de atención a la salud, de modo que este ha repercutido en los sistemas a nivel mundial, estrechamente ligado a la difusión del sistema capitalista donde el usuario es llamado “paciente”, visto como una forma de cliente y del proceso de atención como una actividad mercantilizante. Se legitima en una institución, que tiene infraestructura y una ideología (Menéndez, 2005 en Da Costa, 2016).

Para estudiar el MMH se utiliza una categoría analítica, en la que se articulan diferentes poderes, estos se dan a nivel político, económico y social; domina a otras clases de saberes y las instrumentaliza a través de la práctica médica biologicista, de modo que en muchas ocasiones la deshumaniza, mercantiliza y despoja de su proceso histórico. Viendo las problemáticas de salud como un fenómeno individual y no colectivo o construido históricamente. La forma de cura que ha sido utilizado es la medicalización, aspecto fundamental en el tratamiento (Maglio, 2014).

En el proceso de atención y cura se interiorizan prácticas y estrategias que son la base del funcionamiento del MMH como institución, dan pie a rituales sociales para ambas partes, pacientes y médicos o personal de salud, estableciendo relaciones de poder marcadas e incorporándolo a la vida cotidiana (Menéndez, 2012).

Es el modelo que impera y que se ha globalizado, es llamado un modelo “científico” y ha logrado permear en las prácticas subalternas o también llamadas tradicionales (configuradas de esta manera en contraposición de lo biomédico o científico). Se define como "el conjunto de

saberes desde fines del siglo XVIII, hasta logra identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad" (Espinosa, 2013; 1).

El MMH percibe a los usuarios como una clase de clientela, como una transacción económica. Pero este es un factor común, puesto que en un sistema económico como como ese los servicios son percibidos como un negocio. El cliente o también llamado “paciente”, al ser llamado por este término está ligado a la noción que tienen los médicos de los usuarios, en el que se les atribuye el papel de “espera” en el proceso de atención y cura, que es pasivo y desestructura al sujeto de sus necesidades al darse una relación asimétrica de poder, una de las características fundamentales de diferencia en el modo de atención en los modelos (Lemus, Hamui, Ixtla y Paulo, 2017).

La relación del médico al usuario es asimétrica, siendo el primero quien detenta el conocimiento y la clave de la cura, sin implicar a quien porta la enfermedad o padecimiento para decidir o incidir sobre el cuerpo y la cura. De esta forma se justifican prácticas normativas (Lemus et al, 2017).

La diferencia comunicativa y lingüística puede marcar una pauta muy importante en el proceso de atención, no solo implica que el médico porta el conocimiento en términos científicos o biologicistas y quien es atendido (“paciente”) está en desventaja con el del personal de salud, esto es más visible en su mayoría con los usuarios indígenas, que buscan que esta consulta o diagnostico se dé de manera rápida para así evitar un proceso bochornoso, al no manejar el mismo lenguaje (Ranee 1999; Dibitts 1994 en Fernández, 2005).

De la diferencia de lenguaje derivan algunas propuestas para contrarrestar la dicotomía de MMH y MMT, es que puede valerse de un intérprete para una consulta pertinente, que establece las bases para entablar una relación de confianza o que, en su caso, el medico aprendiera el lenguaje de los usuarios para que los términos sean traducibles.

Esta diferenciación en el manejo de términos culturales y lenguajes es fundamental para la atención integral de usuarios indígenas o de otras etnias, en este sentido hay propuestas trabajadas desde lo académico que permita atender de una manera culturalmente pertinente como en la Universidad de Quintana Roo en la División de Ciencias de la Salud³ con los programas de enseñanza de maya para los estudiantes que realizaran sus prácticas en localidades mayas del estado y por otra parte la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo⁴ anexando clases de maya para su aprendizaje escrito, ya que incorpora estudiantes de las localidades aledañas, quienes en su mayoría hablan y entienden la lengua maya, por lo que refuerzan los conocimientos y fomentan académicos con una perspectiva intercultural y que repercuten la lengua maya.

El éxito del MMH reside en la manera en la que ha podido permear en las prácticas de los grupos subalternos que implementan practicas ajenas a los sistemas de auto atención o tradicionales para que se lo “apropien” e incorporen como propios en sus prácticas y representaciones sociales, de modo que la reconfiguran o cambia el significado de las mismas (Menéndez, 2012).

En el MMH el discurso oficial sobre la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, en el que el bienestar y la salud pública están supeditados a la biología del cuerpo, condiciones ambientales, relaciones sociales, la política y economía internacional (Castro et al, 2017).

Cabe destacar que, con fundamento en análisis de la investigación, una de las modificaciones más importantes del MMH en los procesos de atención ha sido el del proceso de embarazo, parto y puerperio, en este sentido la modificación ha sido el proceso de acompañamiento de un familiar o de la partera en los procesos comunitarios.

³ Programa de apoyo para una mejor Atención Primaria de la Salud (APS) <http://dcs.ugroo.mx/videos-dcs/>

⁴ Perfil del estudiante de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo

<http://www.uimqroo.edu.mx/Documentos/NuestraUniversidad/perfil-intercultural-estudiante.pdf>

El acompañamiento era un procedimiento rutinario hasta entrado el Siglo XVII, en el que además se hizo modificación a la forma de parir; la posición no era algo que decidiera aquel que atendía el parto, si no era una clase de “escuchar al cuerpo” y las mujeres decidieran la forma en que les fuera más fácil parir, buscando ante todo la comodidad de las mujeres y que además se busca el involucramiento de la pareja, el entorno familiar y un tejido sororo⁵.

En el proceso de cambio de perspectiva sobre el embarazo, este pasa a ser un trámite burocrático. Se busca la eficiencia en el proceso, el acompañamiento no se permite dentro de las salas de expulsión y el estrés de un proceso de enajenación emocional repercute en el aumento de intervenciones, es decir el aumento de cesáreas (Balam, 2017).

Como se ha descrito anteriormente en los procesos de atención en el MMH, la enajenación emocional, la falta de acompañamiento durante eventos importantes de la vida del ser humano, como lo es el embarazo influye en el aumento de intervenciones, como procesos de intervención forzada que dan pie a hechos violentos o transgresores, como son la violencia obstétrica en el que la mujer se ve forzada a ser intervenida con métodos anticonceptivos, cesáreas innecesarias y que puede dar pie al aumento de muertes maternas.

Debido a todo lo anterior, han surgido propuestas desde el ámbito médico para centra la atención en el paciente (o usuario), al respecto de ello autores médicos como Cuba-Fuentes, Contreras, Ravello, Castillo, Coayla (2016) han establecido como propuesta el Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) tomando al ser humano como un ser complejo y no solo como un ente biológico, para ello desarrolla cinco principales componentes; el primero es la exploración de la salud, dolencia y enfermedad en el que se pretende hacer un acercamiento a los conceptos *de illnes*, *disease* y *sickness* tomando en cuenta las percepciones de salud individual y

⁵ Se refiere a sororidad como la hermandad entre mujeres, esto como una forma de resistir la violencia machista o patriarcal y así siendo una forma de resistencia política, emocional y social, propiciando la confianza, el apoyo y acompañamiento mutuo. Fuente: <http://www.scielo.org.co/pdf/frcn/v58n165/v58n165a09.pdf>

colectiva, como segundo componente se encuentra entender a la persona como un todo, tomando en cuenta la psique del individuo y la integración social.

El tercer componente: encontrar un terreno común, que consiste en desarrollar acuerdos médico-paciente en el diagnóstico y tratamiento y que debe ser el pilar del tratamiento; como cuarto componente se encuentra mejorar la relación médico-paciente, en el que debe tomarse en cuenta las tecnologías aplicadas y que debe haber un proceso empático para con el paciente y como último componente está la transferencia y autoconsciencia, en el que se debe haber un proceso comunicativo recíproco para entender las condiciones del usuario y que además exista una autopercepción del médico como un ser con vicios (hablando de su proceso formativo), por lo que se recomienda que el médico tenga una postura más receptiva (2016).

Lo anterior ayudaría a coadyuvar en los procesos de atención y tratamiento de los pacientes que, si bien no toma en cuenta todo el proceso histórico y cultural de las localidades, tiende a tomar una postura más receptiva y humana para con los usuarios.

I.1.2.2. Modelo Medico Tradicional

El Modelo Medico Tradicional (MMT) lo ha definido en concepto y en programas internacionales a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La medicina tradicional se define como “la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales” (Mocellin, Viesca y Gutiérrez, 2011; 327).

Es un procedimiento comunitario y fenomenológico, en el que, a través de prácticas y ciertas aptitudes, algunos que cumplen los requisitos portan los saberes locales que les permite explicar y dar tratamiento a padecimientos desde una perspectiva holística y con un tratamiento integral:

“La medicina tradicional es definida como el conjunto de conocimientos, prácticas y aptitudes sean explicables o no, que alberga diversas expresiones sustentadas en creencias, teorías y experiencias de las diferentes comunidades indígenas, con la finalidad de mantener la salud en el campo preventivo, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades físicas o psíquicas, con arraigo histórico, cultural y social” (Inuca, Icaza, Recalde, Cevallos, Romero, 2014; 132)

La atención brindada no tiene una actitud paternalista, si no que brindan una atención especializada en asistencia. Los remedios ofrecen curarlo y fortalecerlo, pero haciendo coparticipar al que lo padece en el proceso de recuperación, en ciertos procesos incorporan familiares u otras personas, lo que además fortalece los lazos sociales y tejido social (Aparicio, 2007).

Además, en esta atención los cuidados y la atención son personalizados, es decir que se traslada al hogar para su diagnóstico y recuperación, de modo que el ambiente es familiar, refuerza el ámbito emotivo y simbólico (Fernández, 2005).

En el contexto nacional, el panorama debería darse de manera intercultural al tener diversas culturas con diversas formas de atención, esta relación salud/enfermedad son hechos recurrentes de la vida cotidiana, pueden verse en amenazas recurrentes o circunstanciales que pueden estar en el imaginario o ser “reales”, los grupos sociales establecen formas de construir significados colectivos para atenderse. “El proceso salud/enfermedad/atención ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales” (Menéndez, 1994; 71).

Como los modelos de atención, existen actores que destacan por su conocimiento para el diagnóstico y tratamiento de los padeceres y enfermedades, en este sentido son los curanderos, quienes poseen el saber para curar de manera eficaz a nivel biológico y cultural. “En la categoría de curanderos o médicos tradicionales se incluyen todos aquellos que realizan ceremonias y

rituales con un alto contenido de simbolismos curativos” (Campos, 2007; 9). Estos se clasifican como médicos o terapeutas tradicionales con base en su función, ya sea curar en un entorno familiar, doméstico y que tiene reconocimiento local, urbano, rural-urbano (es decir que se mueve en ambos ámbitos), de un estado, de una provincia o curanderos que son consultados a nivel internacional.

Existe una categoría de complejo curandero urbano, que toma características de una consulta del sistema médico hegemónico, es decir que existe cierta heterogeneidad en la comunicación, indumentaria, el trato con el “paciente”, aspecto y ambiente de consultorio y una tendencia a la mercantilización. Y, por último, una forma de clasificación más especializada es a partir del grado de complejidad y el despliegue de recursos técnicos empleados, como son lo que realizan las parteras, hueseros y sobadores quienes además de portar el saber y habilidades físicas; por otra parte, están quienes detentan el conocimiento o recursos simbólico, rituales y procedimientos ceremoniales (Campos, 2007).

El médico tradicional está facultado para dar un diagnóstico y recuperación integral por compartir características y símbolos culturales, así como la capacidad de hacer sentir al enfermo un ambiente de familiaridad que ayuda a una pronta recuperación. “El médico originario está perfectamente imbuido de los caracteres socioculturales que su presencia en casa del enfermo acredita, cumpliendo de manera exquisita los reglamentos establecidos por la cortesía del grupo étnico de que se trate” (Fernández, 2005; 36)

Para el reconocimiento de un “buen” médico tradicional, este funge más que solo alguien que receta medicamentos, sino que se desempeña como una clase de educador, de modo que mediante un proceso de reciprocidad en el que asesora con respecto a su tratamiento, informa y da alternativas, de modo que el enfermo adquiera habilidades y actitudes para este cambio, puede ser gradual y da la capacidad de adaptarse al sujeto del malestar:

“Su labor es aportar luz, informar, proporcionar medios que el enfermo encaje con su actitud de cambio, con su deseo de mejora y su voluntad de trabajo para conseguirlo. No es mucho pedir teniendo en cuenta que todo es gradual, y los "deberes de casa" que tiene que hacer el enfermo siempre se adaptan a sus posibilidades y capacidades” (Aparicio, 2007; 5).

Viendo la importancia de la MMT en la atención a la salud, se establece la Declaración de Alma Ata acuerdos para que los Estados firmantes incentivaran políticas públicas para la incorporación a quienes ejercen la medicina tradicional, así como incorporarlos de alguna forma en la que contribuyeran en los servicios de salud institucional para la atención de las necesidades expresas de las comunidades⁶. De ello se deriva la búsqueda de alternativas para que ambos modelos pudieran converger en propuestas de mejora de atención, para encontrar intercambio en la práctica y se encontraran formas de articular procesos, ya sea de acompañamiento y de un tratamiento integral entre el MMH y MMT (Freyermuth, 1993).

Sin embargo, las propuestas que han surgido en atención a los grupos étnicos no han sido un proceso horizontal y de consenso, sino que se ha dado desde factores externos, estos son en términos políticos y económicos y no se le da relevancia a la interpretación de este modelo en la recuperación, suele atribuirse mayor importancia a los procesos de curación occidental (Díaz, Aguilar, Linares, 2015).

Se atribuye mayor relevancia a los procesos de atención y recuperación del MMH, la cual está ligada a la lógica compartida por los sistemas estatales, de cooperación y programas de desarrollo que son verticales al no tomar en cuenta la realidad de las medicinas tradicionales, deslegitimándola para establecer la atención institucional como la “mejor” (Flores, 2011).

Las investigaciones o implementación de propuesta de “arriba abajo” deben ser analizadas desde una dimensión política, donde la medicina tradicional es intervenida por

⁶ Declaración de Alma Ata: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

factores y personas externas. Y haciendo reflexión sobre las intervenciones es importante tomar en cuenta la autogestión de la práctica, ya sea por organizaciones o intervenciones del Estado (Menéndez, 1994).

Entre estos procesos de intervención, se cuestiona la introducción de médicos tradicionales en instituciones, ya que la relación de curandero y paciente se ve modificada, además que se pone en cuestionamiento si la eficacia simbólica de la cura es la misma, puesto que va cargada de significados y características culturales que se encuentran en el contexto y al encontrarse en una institución con diferentes valores y prácticas mermaría el significado con el que ha sido construido originalmente (Díaz et al, 2015).

De igual manera, cuando se realiza un análisis comparativo crítico de ambos sistemas, se debe tomar en cuenta que no se encuentran en igualdad de términos, una que funciona como la versión oficial y las condiciones económicas y de servicios en las localidades es más complejo, por lo que la búsqueda de modelos interculturales es un camino que debe estudiarse más a fondo para encontrar formas alternativas de complementación (Knipper, 2006).

De lo anterior, tomando en cuenta los puntos críticos se han hecho propuestas para construir un modelo teórico que permita dar cuenta de la importancia de la sabiduría local y que llamarlo “tradicional” no permite visualizarla, puesto que está cargado de connotaciones de un pasado “atrasado” con respecto al MMH, como si fuera un proceso dicotómico cerrado, limitado a un proceso moderno/antiguo (Menéndez, 1992).

Haciendo hincapié que para que algo se visibilice y sea tomado en cuenta es necesario que tenga nombre y se le dé la relevancia que merece, surge la propuesta de llamar a este tipo de conocimientos como saberes, en el que se permita divisar los aportes de un modelo que ha sido construido comunitariamente, que los han transmitido y que ha ido transformándolos colectivamente y que además tiene toda una serie de relaciones, entramados de significación y sobre todo personas que han adquirido estos conocimientos para ayudar en la cura de

enfermedades sociales y que ayudan a construir el tejido comunitario, por lo que limitarlo a la tradición no permitiría ver la conexión entre modelos, ya que ambos convergen y aportan a mejoras en las condiciones de salud y los saberes ayudan construyendo estas alternativas desde lo local.

I.1.2.2.1. Saberes

Buscando formas diferentes de construir conocimiento, de conceptualizar la realidad o los fenómenos sociales surge la propuesta teórica y conceptual de los saberes, cuando se trata de modelos de salud o alternativos, suele limitarse a lo hegemónico-alternativo, como si el universo de posibilidades y atención solo fuera esta dicotomía; por ello surge la propuesta de hablar sobre saberes y no de algo “tradicional”.

Se usa la legitimización de la ciencia o medicina occidental como aquella universal y que sirve para atender las necesidades de la población, por lo que los saberes locales son expropiados al representar una forma de atraso, que es necesario pasar a algo “objetivo”, quitando espacios y validez a los saberes y los recursos locales, tradicionales o indígenas (Pérez y Argueta, 2011).

Los saberes locales, son vistos como supervivencias o remanentes de antiguos sistemas y que dan pie a una concepción de privilegiar el conocimiento científico occidental a otras formas de conocimiento. Por otra parte, se descalifica los saberes locales en contraparte de la ciencia occidental, de modo que los desarticula y valida como el que debe permanecer o legitimarse como la “verdadera” ciencia.

Para evitar la jerarquía de saberes una de las propuestas que surgen es la de programas, políticas o un aproximamiento a un modelo de salud intercultural en la que se dé un proceso equilibrado entre conocimientos, creencias, concepciones culturales y que se da a través de un proceso interactivo en el que se reconozca las diferencias culturales y formas de saberes en prácticas y demandas para la salud (Flores, 2011)

Para ello, en contextos pluriculturales, debido a su gran diversidad, existe la pluralidad de saberes (los saberes locales), que son fundamentales para formar una propuesta intercultural de conocimientos. Y en esta búsqueda de interculturalidad se encuentra un asunto dicotómico, lo tradicional y lo biomédico, sesgando las otras formas de atención, como puede ser el autocuidado; de este modo se cree que la interculturalidad se limita a un proceso básico o tal vez simplista que consiste en reconocer e incorporar a médicos tradicionales a los servicios de salud institucional.

Al respecto, en el ámbito internacional, se ha hecho una amplia discusión sobre el tema de saberes, una de las principales se dio en el Consejo Internacional para la Ciencia y la UNESCO, donde los aspectos relevantes eran que los sistemas tradicionales o locales, que aportan de forma significativa históricamente conocimientos sobre la percepción del mundo y otras formas de realizar actividades, de una manera contribuyen a la ciencia y a la tecnología por lo que resulta pertinente proteger, investigar y promover estos saberes (ICSU-UNESCO, 1999: consideración 26).

En México, en la búsqueda de autonomía de los saberes por parte de diversos grupos indígenas, se encuentra un avance en la incidencia de políticas y programas bilingües para salud, educación, pero sobre todo visibilizarlos como sujetos que poseen estos saberes locales y se encuentran de manera activa (Ramírez, 2006).

Derivado de estas discusiones, surgen propuestas para conseguir una interacción intercultural, donde una de las tendencias actuales con respecto al establecimiento de relaciones; como una de las principales discusiones se encuentra una resistencia para retomar el conocimiento local, como segunda discusión se encuentra que debe existir un diálogo para hibridar las relaciones y crear algo universalmente válido y la tercera, que propone fortalecer y desarrollo de saberes locales para luego encontrarse en condiciones de igualdad y horizontalidad para un dialogo justo y encontrar soluciones en conjunto (Ramírez, 2006).

Si bien las propuestas anteriores son válidas y cada contexto debe reconocer las condiciones de los saberes locales para encontrar las alternativas más viables y que fortalezca mejor cualesquiera que sean las prácticas culturales.

Una de las propuestas más revolucionarias viene de la perspectiva Gramsciana, que reconoce que desde las acciones básicas o simples de quienes portan los conocimientos o de quienes son usuarios encuentren resistencia, aun cuando las prácticas y ritualidades hayan sido modificadas por los saberes hegemónicos, es decir que busquen o se encuentren repercutiendo el conocimiento en la vida cotidiana e incorporarlos (Menéndez, 2012).

Cuando los conocimientos locales se encuentren en un proceso de reconfiguración, adaptación o resistencia lo importante es que aquellos que detentan el conocimiento se vean fortalecidos para poder hacer frente a los procesos externos.

Uno de estos ejemplos lo encontramos en las parteras, quienes son portadoras de conocimiento y en diferentes contextos podemos visualizar que se encuentran adaptándose a las condiciones del MMH para seguir subsistiendo y encontrando en ello alternativas, o reconfigurándose para hacer frente a las políticas de intervención, como es el caso de la modificación a la práctica de los partos, se introduce la certificación como un requisito y tienen como alternativa adaptarse o resistencia en la creación de casas de parto para ser ellas quienes se organizan y establecen las condiciones para que la partería siga siendo parte de la vida comunitaria.

I.1.2.3. Salud Intercultural

Cuando se habla de interculturalidad se refiere al concepto: “Se refiere a las relaciones que existen dentro de la sociedad entre diversas constelaciones de mayoría-minoría, y que se definen no sólo en términos de cultura, sino también en términos de etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad” (Dietz, 2017, 1).

La interculturalidad es un término que nos permite explicar la interacción de personas, grupos y de modelos de atención. En el caso de la pluriculturalidad, hay interacción de grupos diversos simultáneamente en un espacio, pero sin establecer un vínculo cercano. La interculturalidad permite establecer el diálogo entre esas personas, grupos, culturas, en el que hay una interacción e intercambio de saberes y que se adquieren o intercambian prácticas y que además cambia la visión con quienes se interactúa, en un proceso de reflexividad.

Se define la interculturalidad un espacio existente de respeto y puntos de encuentro. En el caso de la salud intercultural es un consenso entre la medicina oficial y tradicional para mejorar y enriquecer la atención a partir de tomar en cuenta que existe la diversidad cultural y que hay otros saberes (Magnifico, Pappalardo, López, 2011).

Aunque no se puede hablar de un modelo intercultural de salud, se discute ampliamente sobre los beneficios de incorporar a los modelos de salud un enfoque intercultural para una mejor atención centrado en el usuario y otras formas alternativas de atender, curar o sanar.

Esto se debe a que la crítica al modelo institucional es que no existe un trato respetuoso a los pacientes, ni una escucha activa de los padecimientos culturales para un mejor diagnóstico y cura, además de que es necesario respetar la privacidad y permitir la participación en el diagnóstico. El desapego emocional o de empatía en el servicio médico suele influir en el abandono de los tratamientos médicos o en su resistencia a usar las medicinas o el servicio (Almaguer, Vargas y García, 2009)

Las ventajas de que el personal del modelo medico institucional u oficial incorporen la visión y acciones interculturales resulta ventajoso, ya que permite la reducción de discriminación y de malos tratos en los servicios o atención institucional (Pulido, 2016)

Existen debates sobre los riesgos de la incorporación de modelos para la salud intercultural, como es el caso de la eficacia, la propiedad intelectual, los cuidados que se deben tener en cuanto al conocimiento y plantas en caso de utilizarse, los costos, acceso, fundamentos

legales y otros que han surgido a partir de las experiencias en el proceso de atención e interacción (Mignone, Bartlett y O'Neil, 2005).

Uno de los principales problemas en la articulación de los modelos de salud es la falta de financiamiento, puesto que resulta un gasto a los sistemas estatales que en su mayoría no se encuentran preparados, ni capacitados para desarrollar una atención intercultural (Mignone, Bartlett y O'Neil, 2005).

En organismos internacionales se estableció un instrumento para que este tipo de relaciones, en el que se promueve un dialogo para que todos aquellos programas o políticas que intervengan con los grupos indígenas deben ser consultados y deben aprobar los mismos para salvaguardar los intereses de las etnias y de su territorio. A este concepto se le llamó consultas previas, libres e informadas⁷

Cuando se habla de consultas previas, libres e informadas en cuestiones de salud se refiere a que el colectivo debe ser informado, participar, rediseñar si fuese necesario, preparar e implementar aquellas políticas que directa o indirectamente involucre a las poblaciones indígenas, tomando en cuenta los actores que también intervienen (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016).

La importancia de que se tome en cuenta a las poblaciones indígenas se debe a que históricamente siguen siendo percibidos como una población invisible y que aún se percibe que, si se identifican como indígenas o de cierta etnia serán discriminados, desvalorizados o sufrirán de racismo (Almaguer, 2007)

Además, que, en poblaciones indígenas los índices de marginación, aislamiento social y geográfico e inequidad de los servicios son más altos que la media nacional, en este sentido las mujeres indígenas debido a las condiciones anteriores, aunado a muchas veces la edad a la que gestan se incrementan las muertes maternas (Márquez, Plana, Villarroel, 2017).

⁷La consulta previa, libre, informada, de buena fe y culturalmente adecuada: pueblos indígenas, derechos humanos y el papel de las empresas. <http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/10064/Laconsultaprevia.pdf>

En este sentido, los saberes locales o médicos locales ayudan a la parte cultural que el sector de salud pública no puede atender. En este sentido las parteras resultan no solo de vital importancia en la reducción de muertes maternas al detectar casos de embarazo de alto riesgo, bebés con deshidratación u otros padecimientos, así como funge como consejera de mujeres en situación de vulnerabilidad o violencia.

I.1.3 Parteras

Para autores como Polo, la palabra partera tiene raíz en obstetrix, quien funge como una acompañante y ayuda a parir, su función es la de una especialista autodidacta que se forma mediante la experiencia, observación y conocimiento transmitido por la tradición oral de otras parteras con mayor trayectoria, formando asociaciones de parteras para la atención al parto, que se vio afectado cuando la medicina occidental monopolizó la atención reproductiva (2008).

Las parteras, son parte de un saber local, quienes surgen de la propia comunidad, pueden ser elegidas por vocación, a través de rituales que tienen naturaleza sobrenatural, familiar o personales y sobre todo del reconocimiento de la comunidad. La atención que brindan es integral y se adapta a las condiciones culturales, de modo que se establece un vínculo de confianza entre quien es atendida, el entorno y la partera (Jiménez, Pelcastre, Figueroa, 2008).

Son parte de los curanderos o médicos tradicionales, quienes ofrecen servicios de curación / sanación para mantener la salud individual y colectiva de ciertas culturas a través de que portan el conocimiento cultural y de la cosmovisión.

Apoyan en contextos indígenas y zonas de difícil acceso, sobre todo resultan fundamentales en la atención en el proceso de gestación, resultan de utilidad los saberes biomédicos y ancestrales que portan. En este sentido la partera pasa los conocimientos de cuidado para la mujer y el niño recién nacido, como de igual modo crea una dinámica de

interacción entre las diferentes partes de la familia y comunitarios para su apoyo y así la dinámica de la cotidianidad se siga repercutiendo (Ek, 2013).

Resultan fundamentales en el sistema de salud rural, que funge como auxiliar de atención médica y que permite una atención incluyente al poder responder al orden simbólico y entender las normas de organización social comunitaria y al pertenecer a la misma cultura, su condición como mujer e indígena la coloca en un lugar privilegiado para promover una visión integral y holística de la salud de la mujer (Galante, 1997).

Los conocimientos ancestrales de una partera le permiten entender cómo adaptar los procesos de atención para el embarazo, parto y puerperio, que ellas llaman cuarentena, y que podrá variar según la dinámica cultural de cada región, contexto histórico, social y económico (Güemes-Pineda, 2007).

Las personas capacitadas para esta tarea son las *x-aalansajo'ob*, como son llamadas las parteras mayas, quienes han sido una figura que ha existido desde la época prehispánica, atribuyéndole la sabiduría de la fecundidad, características de salud materna y atendiendo partos. Existe una dualidad dentro de esta mujer, por una parte, es una sabia que porta conocimiento de la cultura, es partera y, por otra parte, funge como médica (Güemez, 2000).

La atención adaptada a los medios y símbolos culturales crea condiciones para que la gestación, el parto y el puerperio o cuarentena sean eventos íntimos y entendiendo cuestiones de pudor e involucramiento de la familia, junto con un acompañamiento permite crear lazos de intimidad y de calidez para que el parto se lleve a cabo de manera natural, respetando los procesos de cada mujer embarazada, para ello la partera juega un papel fundamental (Laza y Ruiz, 2010)

No solo es que ayuden a las mujeres durante el proceso de parto, sino que son de ayuda en la cuarentena y cuidados del bebé; si se toma en cuenta que las mujeres indígenas representan

los mayores rezagos de salud, al sufrir una triple condición de vulnerabilidad: género, clase y étnica (Lerín, 2004).

La atención al parto, además de requerir atención que se haga cargo de lo biológico, también debe enfocarse en una cuestión cultural al incorporar procesos de atención adaptados a sus medios y símbolos, lo cual suele chocar con los valores y la medicalización del parto del modelo biomédico. Una de las diferencias está en la forma de alumbramiento, adaptándose a las condiciones para que la parturienta se encuentre en confianza y cómoda, todo esto bajo el apoyo de la partera. La carga simbólica de los elementos intervinientes en el parto, que van desde el acompañamiento de familiares, de la partera como mujer y sabia, así como la utilización de la hamaca como una herramienta cultural para recibirlo, que le un sentido al evento traduciéndose en una bienvenida al bebé al mundo culturalmente construido (Fernández, 2005).

En este entendido las parteras son una parte fundamental de la atención materno infantil debido a su capacidad de ayudar en la construcción de la maternidad; la maternidad como otros eventos en la vida son construcciones sociohistóricas, y que quien se construye como madre y el vínculo que establecerá con el bebé no es algo subjetivo, es un proceso cultural. Junto con el género, el orden simbólico de lo que significa ser hombre o mujer y la temporalidad, de este modo se determinara en lo individual y colectivo y quienes en este proceso pueden ayudar a que sea un evento no intrusivo y de guía es la partera (Palomar, 2004).

En América Latina, el parto domiciliario con partera está representada en las raíces culturales, pues es un evento íntimo, pero también es un indicador de la falta de calidad y de atención de los servicios de salud, sujeto a un presupuesto ajustado. Además, notamos claras diferencias en el tipo de atención brindado, como la cuarentena, que por un lado la partera pide guardar reposo con el bebé y por otra parte el institucional que le pide a la parturienta levantarse enseguida y retirarse a su casa (Meneses, Torres, Páez, Narváez, Cárdenas, Farías, Marín y Tovar, 2010).

Aunque es evidente la importancia de las parteras como un recurso de salud, debe tomarse en cuenta el contexto político en las que se encuentran permeadas, sobre todo porque estos repercuten en la cotidianidad y directamente en la actividad.

Las políticas de los organismos internacionales, como es el caso del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁸, en donde la partería es una práctica, se define como un servicio de salud, en el que se toman en cuenta como personal que atiende a las embarazadas y recién nacidos, no solo limitándose a atender el embarazo, parto y atención postnatal, sino que maneja un servicio integral al manejar los temas de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural. Sin embargo, la UNFPA solo contempla en esta definición a los asistentes de partería cualificados, quienes previamente han recibido formación teórico-práctica y que pueden ser profesionales de salud, reitera que el partero o partera tradicional no se incluye en este asistente a parto por carecer de una formación “oficial”.

Se legitima a nivel internacional la postura de profesionalización a raíz de las modificaciones institucionales del 2004, con la definición de partera profesional, la cual debe tener una formación por medio de instituciones educativas, es decir que debe estar calificada, y esta es la que contribuirá de manera significativa a mejorar los servicios de salud materna y la reducción de muertes maternas.

Otro organismo internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ define que el asistente de partería cualificado es un profesional sanitario acreditado (partero, médico o enfermero) que tiene conocimiento teórico y práctico para los embarazos, partos y puerperios

⁸ Asistentes de partería cualificados:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/es/

⁹ Reducir los riesgos del embarazo: Cuestiones cruciales de las parteras profesionales capacitadas. Declaración conjunta de la OMS, la ICM y la FIGO (OMS/ICM/FIGO, 2004)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/

normales (no complicados) y para identificar, tratar y derivar las complicaciones maternas y neonatales¹⁰.

Existe una tendencia entonces a nivel internacional de exclusión de las parteras tradicionales o empíricas, ya que son definidas como aquellas que no han recibido un entrenamiento formal, tales como las parteras profesionales y por ello podemos encontrar tensiones entre el personal de salud y el local debido a la implementación de estas políticas, puesto que han sido relegadas a un segundo término (Freyermuth, 2010).

Recientemente en el año 2019 se publicó por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva¹¹, en la cual reitera la importancia de una atención adecuada con personal de salud “capacitado” y que permitan el acompañamiento durante el embarazo, parto y puerperio y aunque considera a las parteras como un personal de apoyo, las que son consideradas el personal de ayuda pertinente son las parteras profesionales. Lo destacable en este documento es acerca de la atención hacia diversos tipos de mujeres y que tome en cuenta los síntomas como lo es el dolor y que permita aliviarlo ya sea de manera medicalizada o no medicalizada, como es el caso de las tradicionales o culturales con la finalidad de reducir las desigualdades en atención a la salud durante estas etapas.

México se suma a los acuerdos internacionales, entre ellos los que se han firmado con la UNFPA, a través de diversas políticas para dar seguimiento creó organismos, como es el caso del Observatorio de Muerte Materna¹². Este observatorio tiene como tarea dar seguimiento a las políticas, convenios, decretos y leyes nacionales para lograr los objetivos de reducción de muerte materna en el país, en el que resulta fundamental identificar los actores clave y responsables en

¹⁰ Reducir los riesgos del embarazo: Cuestiones cruciales de las parteras profesionales capacitadas. Declaración conjunta de la OMS, la ICM y la FIGO (OMS/ICM/FIGO, 2004 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/

¹¹ Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹² Observatorio de Muerte Materna en México: <http://www.omm.org.mx/>

cada uno de los organismos de gobierno para su cumplimiento. De las instancias recolectan, analizan y sistematizan la información concerniente a los servicios brindados para así emitir recomendaciones con respecto a la atención y a las políticas intervinientes.

Se presenta un informe semanalmente y un mapa de los decesos de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio de todos los estados del país. Quintana Roo a pesar de no ser los primeros lugares en la lista, podemos notar la presencia del Estado. En la figura 1 se muestra el listado de Estados y el número de muertes maternas hasta entonces acumuladas.

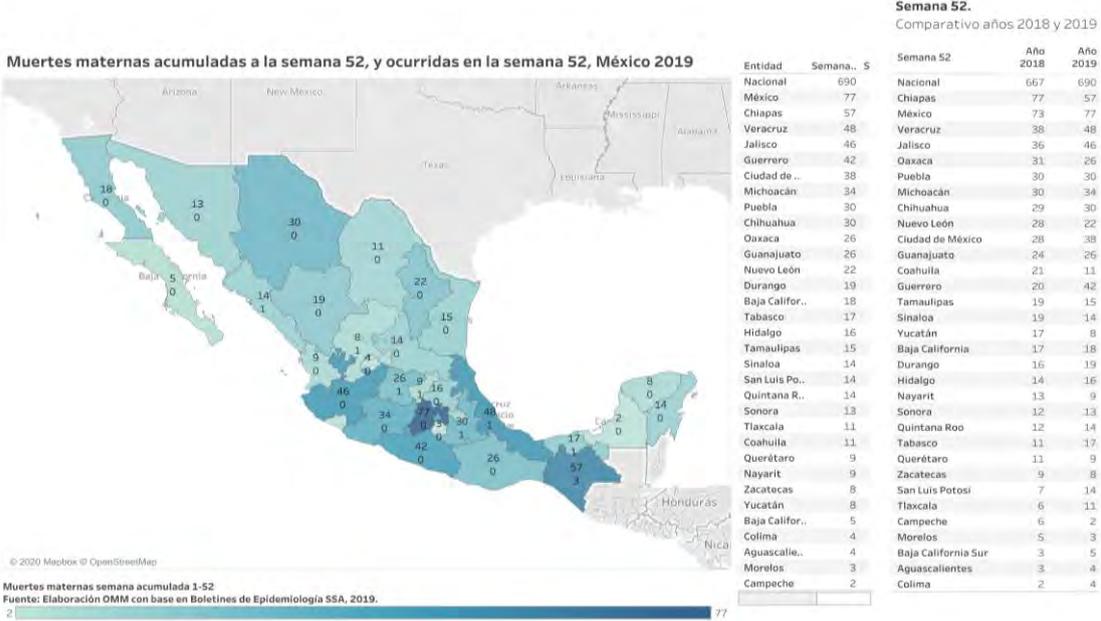


Fig 1. Muertes Maternas en México al 31 de diciembre de 2019. Fuente: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/boletines-de-mortalidad-materna-2019>

Al respecto, el Observatorio también hace propuestas a través de los académicos que forman parte de él, las propuestas van de que es necesario una relación más profunda en la interculturalidad, en el que los diferentes modelos de atención, el MMH, MMT y de auto atención forman parte y donde las parteras, aun cuando no tuvieran una formación profesional, pueden ayudar a la reducción de muertes maternas a partir de un servicio más cálido, humano y que además ayuda a aligerar la carga por congestiónamiento de los servicios de MMH.

Una manera institucional que se encontró para que las parteras no desaparecieran del panorama ha sido a través de la certificación, para mejorar las condiciones de parto con la política de humanización del parto a través de la metodología de Enriquecimiento de Encuentro

Mutuo por parte de la Secretaría de Salud¹³, en este caso aquellas que cumplan con los requisitos de actualización de conocimientos por parte de la Secretaria de Salud pueden aprobarse a la certificación y ello conlleva a una serie de requerimientos de informes trimestrales, de receta de medicamentos aprobados para su prescripción y un seguimiento “cercano” para vigilar su trabajo

Las recomendaciones apuntan a la creación e incorporación de modelos interculturales, y debido al conocimiento de las parteras en la parte cultural y conocimientos biomédicos les permite adaptarse y capacitarse con el modelo institucional, sin embargo, aun cuando ellas accedan a capacitaciones, el que sigan teniendo prácticas del modelo tradicional crea tensiones entre ambos modelos, sobre todo cuando se trata del sistema de salud oficial (Jiménez, 2008).

No solo es el no desprenderse de las prácticas del saber local, si no que en el discurso medico se ha implementado defender la medicina institucional como único camino de atención, haciendo dudar a las parteras de su conocimiento y experiencia, situación que ha creado mayor vigilancia ante las políticas de reducción de muerte materna (Luna, 2014).

Este discurso se legitima por parte de la Secretaria de Salud, limitando su participación en los partos, se empieza a buscar “la profesionalización” a través de mecanismos externos a la actividad para certificarse y así validar “el trabajo” que hacen y por otra parte replicando el discurso de que la atención del parto con parteras tradicionales es peligrosa, puesto que se legitiman en lo fomentado en instituciones médicas y educativas, tal como se norma en las políticas internacionales (Murray y Alonso, 2018)

Aunque las tensiones son latentes, autores como Araujo, apuntan a que la relevancia de incorporar a las parteras a un modelo intercultural va en dos sentidos:

Por una parte, ayudará a mejorar las condiciones de vida de embarazadas, madres y bebés / niños, cuando se trata de poblaciones con acceso limitado a infraestructura, de personal de salud, acceso a medicamentos, entre otros y cuando se trata del tema reproductivo, donde

¹³ Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

México ocupa de los primeros lugares en Latinoamérica de muerte materna debido a las carencias en los hospitales.

Y, por otra parte, coadyuvarían en la identificación de partos de riesgo y de disminuir la segregación de servicios de salud al contribuir con la atención de partos en términos de costo/eficacia en los servicios (1984).

No solo en México la situación de los programas y políticas interculturales deben ser revisadas, ya que estas están en un constante proceso de cambio y cada cultura tiene su contexto histórico, político, económico. Las políticas se construyen sin tomar en cuenta las partes fundamentales de la vida, pues están en constante construcción, debe tener cuenta los factores internos y externos de las poblaciones a las que se les brinda servicio de atención. De este modo debe buscar estrategias para que la atención en diversos programas de salud sea funcional, mientras existan contacto entre diversas culturas habrá cambios y reconfiguraciones en los modelos de atención. Tomando esto en cuenta, las parteras son una parte fundamental en la resolución de problemáticas de salud pública en tema de lo reproductivo y sexual (Menéndez, 2016).

I.2. Aplicación

La metodología implementada fue de enfoque cualitativo y permitió el análisis de las condiciones de la partería en José María Morelos, el cual se aborda desde la cotidianidad de las parteras y permitió comprender cuales eran los puntos críticos de las políticas como un factor externo que reconfiguró la partería, además que modificaba la dinámica y/o relaciones que estaba establecida entre las mismas.

La etnografía permitió vislumbrar los cambios en las actividades cotidianas de las parteras desde que empezaron hace 3 décadas aproximadamente y como a través de factores externos han afectado en la actividad y relación; además se analizó la complejidad de

intervención en una actividad “tradicional” sin tomar en cuenta factores de la vida misma a nivel comunitario.

Por otra parte, la Matriz de Marco Lógico (MML) y el IAP después de un previo análisis de la vida de las parteras deo ver por una parte la raíz de los problemas a través del árbol de problemas y junto con el IAP las parteras tomaron consciencia de posibles soluciones, pero estas venían con una reflexión de la situación de la actividad y como esos cambios han impactado en su vida, haciéndolas participes del cambio.

El método biográfico permitió a través de sus historias de vida no solo marcar la trayectoria como parteras a través de las 3 décadas de atención, a esta parte metodológica se reconoce como historias cruzadas, puesto que en sus historias se encontraron eventos que marcaron un punto crítico en su cotidianidad y práctica, pero no solo se limita a ello, permitió también reflejar las inequidades de los modelos de salud, las desigualdades como mujeres, indígenas y en condición de pobreza.

I.2.1. Método Etnográfico

El método etnográfico posibilitó el estudio de la partería desde una perspectiva intercultural, por una parte, con el discurso y las políticas intervinientes para su institucionalidad y, por otra parte, tomó en cuenta la Antropología Aplicada y así se llegó a la construcción de una intervención que tomó en cuenta la trayectoria histórica, sociocultural y económica de la actividad para así y que tuviera impacto positivo en la población. La antropología permitió posibilidades teóricas para explicar fenómenos sociales, contribuyendo con ello a posibles soluciones construidas en conjunto con las poblaciones meta (González, 1997).

Se realizó trabajo de campo como parte fundamental del método etnográfico, esta interacción se dio en un periodo de dos años que fue el tiempo de duración de la maestría, el tiempo fue fundamental para establecer una relación de confianza y conocer a los actores para

poder analizar las dinámicas, relaciones, estructuras sociales y de este modo se relacionó con las practicas arraigadas de la vida cotidiana de las parteras como parte de algo más grande, la construcción de saberes locales y como la intervención de factores externos reconfigura la práctica (Clifford; 2001).

Permitió explicar además a raíz de las reconfiguraciones y la observación participante la partería en sus propios términos contextuales y así analizarlo de manera holística, poniendo énfasis en que el antropólogo debe permanecer e interactuar en el lugar para identificar y analizar los patrones, conductas y dinámicas culturales existentes. Posibilito discrepar entre lo que las parteras dicen, lo que dicen que hacen y lo que hacen en la práctica; de igual modo se contrastó con la situación institucional a través de las políticas de salud que atraviesan la partería en José María Morelos, de este modo se trabajaron con este método, el marco lógico, IAP y método biográfico y se trabajaron los puntos críticos y se desarrolló la propuesta tomando en cuenta la significación de la practica en el tejido comunitario.

Para el trabajo de la propuesta fue fundamental el trabajo de campo que permitió crear afinidad con los actores y desempeñar el papel de investigador en los ámbitos públicos y privados, permitió ver todas las posibilidades de la realidad percibida por las parteras, entrar en el mundo de significación de las mismas (Hammersley, 1994).

Posteriormente, se tomó en cuenta para el análisis la responsabilidad del investigador en la recoja de datos, observar la realidad, con todos los sentidos para que la realidad analizada tuviera una perspectiva integral y que integrara los hechos en el contexto que se desarrollaron, explicándolos de igual manera en las categorías culturales, dándole sentido a quienes la viven, de modo que refuerza el análisis teórico fenomenológico a través de categorías analíticas y conceptos teóricos de los saberes locales, sobre todo cuando se habla de las partería (Bracamonte, 2015).

Durante la realización del trabajo de campo la observación participante permitió revelar la complejidad de la experiencia etnográfica, las tensiones en las relaciones comunitarias, entre las mismas parteras y las relaciones institucionales, así como los cambios de la práctica que se produjeron a partir de políticas externas a la misma.

Para plasmar y tener la información de primera mano y así interpretarla fue necesario el diario de campo y las notas de campo. Herramientas esenciales para el antropólogo, puesto que le permite categorizar y analizar la realidad observada:

“El Diario es un texto inventivo, polifónico. Es un documento crucial (...) no porque revele la realidad de la experiencia etnográfica sino porque nos fuerza a enfrentarnos a las complejidades de tales encuentros y para tratar todas las reseñas textuales basadas en el trabajo de campo como construcciones parciales” (Clifford, 2001: 124).

Se complementó con entrevistas semiestructuradas, de este modo se identificaron los patrones de las parteras en la construcción de la identidad, de la práctica, los lugares de los que provienen, donde la partería tiene una fuerte presencia para la atención del embarazo y parto como un proceso comunitario y permitió advertir como se configuro la actividad a través de factores externos, modificando las dinámicas sociales.

El carácter semiestructurado le da rigurosidad para encaminar lo que se buscaba, pero también dio cierta libertad para encontrar otros fenómenos y detalles que de no haber sido con esta estructura no se habrían podido ampliar, siempre se tomó en cuenta una guía para no salirse del tema.

La observación participante en este caso, en la entrevista semiestructurada ayudo a contextualizar las condiciones de los hogares y de los lugares de consulta o de reunión de las parteras, poniendo en juego la reflexividad del antropólogo para obtener mayor información y adecuarse o buscar adaptar la investigación (Bernard, 1988).

1.2.2. Método biográfico

El método biográfico es una herramienta metodológica que permitió la recuperación de la memoria individual y colectiva de fenómenos o de historia, no solo limitándose a la autobiografía, se apoyó con las historias de vida y la utilización de documentos personales, esto resulta de vital importancia en las ciencias sociales, como explica Pujadas revaloriza al sujeto individual y colectivo, no como un dato más, si no que le da de nuevo el sentido humanístico con todas sus complejidades, de este modo realizando interpretaciones desde subjetividades individuales y colectivas con la finalidad de re-conocer fuentes de conocimiento social (2000).

El trabajo se apoyó en historia oral y narrativas biográficas que permitieron no solo acceder a las historias personales y colectivas de las parteras, si no que cruzando eventos en la vida de cada una de ellas permite vislumbrar las desigualdades económicas, sociales y de género por ser mujeres e indígenas, permitiendo revalorizar su historia y que permitió la construcción de la propuesta de intervención.

Sirvió de igual modo las entrevistas semiestructuradas, y junto a las historias de vida permitieron entender las desigualdades de la jerarquía de saberes en un mundo globalizado y que solo puede entenderse desde lo local para entender el impacto que tiene en las parteras de José María Morelos, como ha modificado la práctica a través de programas, políticas, cooperación internacional, académica y programas de desarrollo internacional en la que existen los proyectos de partería, pero buscando una profesionalización y no tomando en cuenta las dinámicas culturales, ni las voces de las implicadas que podrían hacer pertinente estos programas o políticas “interculturales”. “La contextualización de las historias de vida en el marco más amplio de los procesos culturales contemporáneos y la voluntad de enmarcarlas dentro de estratos sociales específicos y de subculturas” (Buechler y Buechler, 1999; 249)

I.2.3. Investigación Acción Participativa (IAP)

La Investigación-Acción-Participativa (IAP), sirvió en el proceso de análisis de cambio social y para devolver la voz de los actores implicados en los fenómenos sociales. Se define la IAP como “un modo de abordaje concreto de la realidad donde se conjuga la investigación científica, la praxis social y el involucramiento de los destinatarios de los resultados” (Henry, 2017; 96)

Las líneas básicas de la IAP son la teoría y praxis (investigación, acción), que busca la transformación social a través del conocimiento de las sociedades humanas y pone especial relevancia a generar condiciones de vida y de propiciar cambios sociales sustanciales. “Llegados a este punto, podemos entender mejor una reflexión acerca de las aportaciones de la IA al trabajo de campo como proceso de investigación en antropología; y herramienta fundamental para ella en el mantenimiento de la fidelidad a los datos empíricos” (Massó, 2005; 5)

La IAP permitió en la investigación analizar un nuevo panorama en el que los involucrados fueron parte esencial de los proyectos de transformación para solucionar problemáticas y para el desarrollo de proyectos, siendo estos objeto y proceso creador de la investigación (García, 2014)

La IAP comparte mucho de los métodos empleado de las ciencias sociales, la diferencia se encuentra en la especificidad de los objetivos, como son el cambio social, busca darles poder y voz a aquellos que no la tienen y buscar cierto grado de autonomía para la resolución de problemáticas a través del conocimiento popular y la investigación científica social.

En este caso el trabajo en conjunto con las parteras mediante talleres de Identificación de problemas, de causas y soluciones se buscaron propuestas que surjan de la propia reflexión de sus condiciones como especialistas en un contexto de saber local en contraposición de servicios de salud institucionales y a raíz de lo experimentado en su práctica cuales son las soluciones subyacentes para fortalecer la partería en José María Morelos.

Se implementaron talleres, donde también salió el FODA para dar un panorama espacial de la localidad JMM y esto dio pie a una discusión que terminó en una reflexión de las condiciones como localidad, los servicios y sus propias condiciones (Cox, 1996.) Se anexa la propuesta y el diagnóstico y se les entregó como parte de una acción participativa y de corresponsabilidad.

I.2.4. Matriz de Marco Lógico (MML)

La Metodología de Marco Lógico (MML) sirvió como una herramienta, proporcionada por organismos internacionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para conceptualizar y diseñar proyectos poniendo énfasis en la orientación de objetivos y de ciertos grupos para su participación en estos proyectos y se dé una comunicación más afable para las partes implicadas (Ortegón, Pacheco y Prieto, 2005.)

Se propuso que los talleres fueran de utilidad que busco el consenso de la mayoría de los implicados en los proyectos de intervención o de propuestas para ser compartido por todos. “En la medida en que el EML sirve para lograr el acuerdo y el consenso, requisito fundamental para el éxito de cualquier proyecto de desarrollo, es altamente recomendable que en la celebración de un taller con este método se cuente con la participación lo más representativa posible de los principales agentes involucrados: colectivos beneficiarios de la intervención, funcionarios de las instituciones públicas y privadas especializadas en el sector y en el área geográfica considerada (...)” (Camacho, Cámara, y Sainz, 2001;139)

En el caso de la metodología propuesta de la CEPAL, se rescató para efectos de esta tesis y se realizó el análisis de implicados, donde mediante entrevistas, grupos focales, en este caso las parteras e instituciones involucradas en la práctica de la partería, se recogió información sobre cada uno de los implicados frente a la problemática. Se midió de 1 al 5 el impacto de la problemática para los implicados y cuál es su papel dentro del mismo. Dentro de este análisis,

después de la identificación de actores y problemas, se plantearon soluciones o alternativas de las parteras, así como los objetivos a plantear para una resolución óptima de estas problemáticas. Para efecto de ello los grupos focales ayudaron a trazar los arboles de problemas, objetivos y soluciones.

La metodología cualitativa permitió vislumbrar las condiciones de la partería local desde que ellas aprendieron la actividad, hasta la introducción de programas y de políticas; de modo que la construcción de historias de vida y las entrevistas reflejen el impacto de lo anterior en la vida personal y con los talleres las implicadas construyan propuestas con propia voz y permitan generar un cambio culturalmente pertinente, complementado con ello la MML fortaleció la propuesta de intervención en la cual se le anexaron pasos a seguir para su ejecución y costos operativos.

Capítulo II. Antecedentes de la partería

Para efectos de la investigación, el análisis de investigaciones previas al tema de la partería permite analizar el panorama mundial y la situación actual, ya que la diversidad cultural permite distintos tipos de partería. Sin embargo, el modelo MMH individualiza, sesga la visión de otras formas de atención que no fueran el modelo biomédico y donde había un discurso colectivo construido históricamente de enfermedades culturales, el modelo los deshumaniza y universaliza esta atención sin importar cultura u origen.

Por otra parte, la partería cuenta con una atención personalizada y comunitaria, en las décadas recientes debido a circunstancias políticas y económicas se ha construido un discurso de desprestigio, buscando que estas se adapten a las condiciones del MMH. Uno de estos discursos a nivel internacional es que la partera tradicional o empírica no es un personal capacitado con conocimientos científicos, por lo que se le asignó el papel de auxiliar de salud, siendo este un papel secundario y estableciendo limitaciones y restricciones paulatinas para que sigan atendiendo partos, actividad que han realizado milenariamente en distintas culturas.

En el siguiente apartado se encontrarán las condiciones de la partería actual de diversos países “desarrollados y en vías de desarrollo”, tomando esta categoría de las ONU para la introducción de programas de profesionalización y que encontramos parterías en resistencia, reconfiguración o en vías de desaparecer.

Como último apartado se analiza el caso de México, en el que se analiza su papel en las culturas locales, en la atención a poblaciones indígenas, mujeres, bebés / niños, creadoras de tejido social comunitario y colectivo y su papel fundamental es como acompañante del embarazo, parto y cuarentena, y que esta figura ha derivado en una institucionalización, ya no depende de sus conocimientos para ser reconocida como una partera, se ha desarrollado una

dinámica de institucionalización y de poder del MMH para con otros modelos “subalternos”, con el argumento de que las practicas subalternas son riesgosas e insalubres.

II.1. Antecedentes de la partería en el mundo

La partera o comadronas en otras partes del mundo, es la persona que antes del establecimiento de la medicina institucional, era quien atendía los asuntos relacionados a la salud materna, partos y enfermedades culturales; sin embargo, las características de la partería varían en cada uno de los países a partir de condiciones económicas, políticas, sociales o culturales y que lo refuerzan, lo reconocen o que a través de procesos de intervención o exclusión buscan su recuperación o desaparición.

Estados Unidos de América del Norte

Se analiza la partería de Estados Unidos como primer apartado debido a que conforme se desarrolla el texto se analizan los factores que hicieron que la partería se profesionalizara y que además otro factor de análisis es que la sede central de la ONU se encuentra en Nueva York, por lo cual este país tiene una alta incidencia sobre la situación de la partería en cada país del mundo.

La partería en Estados Unidos de Norte América ha tenido una historia conflictiva con la medicina institucional, sobre cuando se trata de temas de la lucha de género y clase.

Las mujeres atendían como parteras antes y durante el siglo XIX, desempeñando un papel autónomo. Esta designación se debía a que, en el ámbito de la medicina, las mujeres solo tenían cabida en la medicina popular. La intervención de la clase empresarial con los Carnegie y los Rockefeller dio pie al triunfo de la clase médica (Ehrenreich y English, 1981).

Las parteras tenían un papel fundamental en la atención del parto hasta 1818. Para que no tuvieran problemas con la atención de solo mujeres, solían trabajar en conjunto con sus esposos

o algún otro familiar hombre, donde ejercía como ginecóloga y partera y el esposo como cirujano.

Buscando cambiar estas condiciones, aproximadamente en 1840 surge el Movimiento Popular para la Salud (Popular Health Movement) que convergió con el movimiento feminista y obrero; las mujeres ofrecían cursos de conocimientos básicos de anatomía e higiene y se insistía por una medicina preventiva. Entre una de las necesidades promulgadas existía la de bañarse con regularidad, que era una actividad que se veía como algo impuro para las mujeres.

En 1845 en contra de este movimiento y en la búsqueda de su desprestigio, se creó la Asociación Americana de Medicina (American Medical Association) y comenzaron a reconstruir las sociedades médicas en cada Estado.

Esta intervención permeó en la disminución de la medicina popular en el país. A pesar de un panorama pesimista para las mujeres en la medicina. Hasta 1910, más de la mitad de los niños en el país nacía con ayuda de una partera; por lo que al reflejarse que la actividad de la partería no disminuía se creó una campaña de desprestigio de la partería con propaganda y reformas alegando que eran quienes atendían eran sucias e ignorantes. La capacitación oportuna pudo haber representado una oportunidad de contar con personal de salud competente para atender partos, pero las mujeres perdieron este último espacio independiente. Más adelante las enfermeras tomarían un lugar en la atención en la medicina, pero solo como auxiliares de los médicos, que en su caso eran hombres.

Aunque en la actualidad existen parteras o *midwives*, estas cuentan con una trayectoria profesional y son incluidas en espacio hospitalarios, la forma de atención está supeditada a la medicina institucional oficial, la diferencia de estas es la formación en atención obstétrica. La partería en este caso tuvo que adaptarse a las condiciones de un país en constante desarrollo económico. Existen escuelas de formación como partera y funcionan como una especie de enfermera.

En el año 2018, aumentaron en un 8.5% o 27.5 millones de personas sin seguro médico¹⁴, esto año con año ha aumentado y los servicios médicos se incrementan, por lo que la partería contribuye a descongestionar el sistema.

En el año 2019¹⁵ surgió una campaña de desprestigio hacia las midwives, pues el parto en casa era un espacio autónomo y de confianza entre la embarazada, la familia y la partera. Las campañas médicas se desprestigian la práctica argumentando que se arriesga la vida de la madre y del bebé por tener un parto en casa con una partera. Sin embargo, no existen estudios que respalden que es mayor la muerte materna o neonatal en casa, que en hospitales. Si bien la legislación y control entrará en vigor, en la práctica reduce las opciones de las mujeres a buscar alternativas para parir y sesga las opciones de las mujeres en contextos rurales de acceder a algún servicio de atención durante el embarazo.

España

En España existía la figura de la comadrona, quien era una mujer que poseía conocimientos empíricos heredados de la familia y que tenían personas y mujeres interesadas en sus servicios. Pero esto se ve interrumpido, debido a los médicos y cirujanos al prohibir la docencia de la propia profesión, por lo que además de institucionalizarla, eran enseñadas por hombres que enseñaban la medicina institucional, las matronas no podían ser profesoras de las alumnas aspirantes a matronas a pesar de tener las capacidades para desempeñarlo (Leiva, Ruiz, León, Daly, Downe, Beeckman, Ortún, Eri, Teixidor, Salgado y Escuriet, 2016)

Durante el Siglo XVIII se instruyó la práctica en los Reales Colegios de Cirugía y se oficializó la enseñanza por parte de médicos y se enseñó la medicina institucional, dejando de lado los saberes prácticos (Leiva et al, 2016).

¹⁴Ingresos, pobreza, y los seguros de salud en los Estados Unidos: 2018 <https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2019/income-poverty/income-poverty-sp.html>

¹⁵ Nueva certificación para las parteras para parto en casa: <https://www.keloland.com/news/local-news/new-midwife-certification-in-s-d-allows-home-births-with-less-education-and-clinical-training/>

Las parteras que se certificaban en este sistema pasaban al estatus de matronas, nombre con el que se les sigue llamando, haciendo la diferenciación que esta actividad tenía intervención quirúrgica y que ya tenían una formación.

Evolucionó hacia 1857 a través de la Ley de Instrucción Pública para obtener el título de Matrona. Entrado el Siglo XX el oficio de matrona pasa a ser una formación profesional y se delimita como una especialización exclusivamente de mujeres. (Manrique, Fernández, Echeverría, Figuerol, Teixido y Barranco, 2014).

Hacia el año de 1994 se crea la especialidad de Gineco-Obstetra o Matrona; oficial en 1996 como especialidad y son introducidas para prácticas hospitalarias y buscaba entre otras cosas la reducción de intervención quirúrgica y medicalización del parto.

Si bien las matronas comenzaron como mujeres que brindaba atención cultural, evolucionó a una especialidad hospitalaria con perspectiva gineco-obstetra

Como señala la tabla 1, la salud materno-infantil en España está por debajo de la media, por lo que la estrategia oportuna de atención a las embarazadas ha permitido que las estadísticas se mantengan o disminuyan. La única estadística que no ha contribuido es la muerte materna en menores de 20 años, pero no es una cifra relevante. Sin embargo, una cifra que ha resultado interesante es la de interrupción voluntaria del embarazo, la tasa creció entre 1990 y 2014 donde pasó de 93 a 222 por mil nacidos vivos, como en el conjunto de los países de UE-15, donde pasó de 199 a 213.

Como en otros países, existe una tensión palpable, pues en la búsqueda del reconocimiento de la partería ha surgido el movimiento civil “El Parto es nuestro”, en la que además busca el respeto al parto y denuncia las prácticas de violencia obstétrica.

Tabla 1.- Tasa de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal por 1000 nacidos vivos alrededor de 2014 y porcentaje de cambio entre 1990 y 2014. Países de la UE y España			
	Países de la UE-15	Países de la UE-13	España

Tabla 1.- Tasa de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal por 1000 nacidos vivos alrededor de 2014 y porcentaje de cambio entre 1990 y 2014. Países de la UE y España

	2014	% de cambio entre 1990 y 2014	2014	% de cambio entre 1990 y 2014	2014	% de cambio entre 1990 y 2014
Mortalidad infantil	3,4	-55,2	5,1	-69,4	2,9	-73,6
Mortalidad neonatal	2,3	-48,9	3,2	-66,7	2,1	-58,0
Mortalidad posneonatal	1,1	-66,7	1,9	-70,5	0,6	-69,2
Mortalidad perinatal	6,5	-15,5	4,7	-64,1	2,2	-74,4

Fuente: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>

Japón

En Japón, durante la Era Edo, las parteras eran conocidas como “*sanba*”, quienes atendían partos de forma tradicional y apoyaban en el caso de inducción de abortos; estas prácticas eran comunes hasta 1868 cuando la nueva administración del gobierno Meiji prohibió la intervención de las *sanbas* para realizar abortos.

Para tener un mayor control de la práctica y debido al incremento de rigurosidad con la práctica de los abortos, en 1899 se creó el “*Sanba Kisoku*” (Regulación de la partería), donde entre otras cosas se implementaban regulaciones de los estándares nacionales por edad, se limitaban las intervenciones de las parteras y, sobre todo, se buscaba la acreditación de las parteras. Debido a esta última, se establecieron escuelas de entrenamiento de parteras (JICA, 2005).

Durante el año 2000 se creó la campaña nacional, *Sukoyaka Oyako 21* (Padres y Niños Sanos 21), en el que se combinan esfuerzos de distintos organismos para un trabajo en conjunto en pro de la salud materno-infantil en el siglo XXI y de este modo poder alcanzar los objetivos para una salud integral, por ello se incorpora a las parteras, quienes han sido instruidas para

asesorar a mujeres en etapa de gestación y parto, así como incorporar a estos procesos a la familia y a la comunidad, sobre todo para que los temas de planificación familiar sean un tema que se construya en conjunto. Aunado a lo anterior las parteras tienen la capacidad de atender en casas, hospitales, clínicas y otros lugares diversos (Japanese Nursing Association, 2018)

Aun en la actualidad, en el país de Japón, las parteras representan un gremio importante, incluso han establecido la Asociación Japonesa de Parteras¹⁶ desde 1955.

Aunque la partería tradicional no es algo que se siga ejerciendo, para que la práctica no se extinguiera se llegó al acuerdo de buscar la profesionalización de la partería a través de la formación, que cabe destacar es un proceso riguroso para obtener la matrícula. Se busca la capacitación y entrenamiento para que mejoren en la calidad profesional y que esta sea aceptada socialmente (Alarcón et al, 2011).

El debate, como se toma en el capítulo teórico es: ¿Sigue siendo partería o se vuelve una práctica supeditada al MMH? ¿Debe adaptarse o resistir?

Sri Lanka

En Sri Lanka, las parteras promueven el parto domiciliario, son auxiliares en salud materna y del recién nacido, así como la promoción de los servicios de planificación familiar. Se han capacitado para ser el enlace entre la comunidad y las clínicas. Se desempeñan en el área rural y urbana y su capacitación y apoyo ha mejorado los índices de salud reproductiva en el país (Ilankoon et al, 2016).

Durante el mandato del Gobierno británico en el país estableció la formación oficial de las parteras en el año de 1879, por lo que los datos concernientes a la atención de partos se empezaron a registrar desde el año 1902¹⁷.

¹⁶Asociación Japonesa de Parteras: http://www.midwife.or.jp/common/en_about_us.html

¹⁷ Informe sobre el objetivo de hacer la Salud Materna en Sri Lanka una prioridad de UNICEF: <https://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-1.5-ESP.pdf>

La primera capacitación de las parteras se dio en el año de 1931, esto fue el primer acercamiento para la mejora de prácticas, capacitándolas en temas reproductivos y de higiene; la preparación duró 18 meses, en el que podían pasar hasta 12 meses en el Instituto Nacional de Ciencias de la Salud (NIHS) para formarlas con enfermeras en temas de Salud Primaria, Manejo de Sistemas de Información, Salud Familiar, entre otros. Se buscaba con estas capacitaciones la mejora de atención que brindaban en sus localidades, de este modo las parteras empezaron a realizar visitas preventivas

Ellas con estas capacitaciones brindan apoyo y visitas preventivas las mujeres de sus comunidades para construir buenas relaciones y ayudar a reducir los índices de marginalidad de comunidades alejadas.

En las estadísticas de informes sobre los objetivos de la salud materna como prioridad en el país, marca que en 1970 se alcanzó el 9% y se obtuvo el 20% en 1995, se fundamenta que el papel de las parteras pasa a ser de asistente de parto y ya no ocupaba un papel protagónico y desde 1965 se les ha asignado un papel importante es los servicios de planificación familiar.

Uno de los datos más recientes sobre la situación de salud del país se encuentra en el informe de Estadísticas de la salud en el mundo de 2008, en el periodo de 2000 a 2006, donde establece la preocupación del personal de salud, puesto que existían 6 médicos y 17 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes, por lo que la atención está saturada y los fondos de inversión a la salud no son suficientes para mejorar los servicios de salud y contratar una mayor plantilla de personal.

II.2. Antecedentes de la partería en Latinoamérica

La partería en América Latina ha permitido la atención de mujeres embarazadas a través de la historia, incluso antes de establecerse el MMH. En diversos países de Latinoamérica se da la tendencia la profesionalización de carreras universitarias o especializaciones médicas para

atender en hospitales como parteras profesionales y a establecer políticas o programas de control con parteras tradicionales o empíricas y que en gran medida ha contribuido a la fragmentación del tejido comunitario de las parteras.

Aunque el panorama de la partería comunitaria se encuentra en un punto crítico para la atención al parto, las parteras siguen fungiendo como una consejera y médico en salud materna y de las mujeres en general, de bebés y niños y de enfermedades culturales, ya que el MMH permea la atención universal gratuita, pero la atención en localidades de difícil acceso siguen encontrándose con falta de fondos, personal de salud o infraestructura, por lo que las parteras siguen ejerciendo como el personal de salud que puede atender a personas de bajos recursos económicos e indígenas con quienes comparten la misma cultura (Alarcón et al, 2011).

A continuación, se hace un recuento social e histórico en algunos países latinoamericanos, en el que se puede ver reflejado la situación de la partería debido a condiciones políticas, históricas, económicas y externas a la cultura local.

Nicaragua

En Nicaragua, el parto en casa es uno de los eventos que se desarrolla en comunidades rurales, que suele ser transmitido por generaciones; las parteras fungen como mujeres líderes en su comunidad y que son el personal de salud más cercano al no existir acceso a la medicina institucional. Sin embargo, el gobierno ha identificado las deficiencias del sistema de salud y ha decidido profesionalizar a las parteras existentes a través del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) y la OMS. Esta instrucción se da académicamente y se les otorga equipo básico para atención gineco-obstetra para mejorar las condiciones de asistencia (Zeledón y López, 2008).

El MINSa ha planteado diversos programas para salvaguardar la salud materno-infantil, entre ellos cuenta con el Fondo de Maternidad e Infancia Segura (FONMAT), que ha financiado paquetes básicos de servicios desde recién nacido hasta que cumplan un año (Rodríguez, 2006).

Desde el año 2002 se capacitó a brigadistas del programa, entre estos voluntarios comunitarios están las parteras a quienes les asigna capacitación en detección temprana del embarazo, detección de embarazos de riesgo, estrategias para el traslado de parturientas y el acompañamiento de las embarazadas o parturientas (Zeledón y López, 2008).

Es importante mencionar que Nicaragua ha tomado en cuenta el índice de muertes maternas en el país, esta Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en era de 89,6 por 100.000 nacimientos en 2005. Aunque las Casas Maternas (CAM) se implementaron desde los años noventa, su auge se dio en el año dos mil y fungen como un proyecto entre el Estado, el MINSA, voluntarios comunitarios, Organizaciones de la Sociedad Civil y las parteras locales (Prado & Largaespada, 2008).

Las CAM proveen alojamiento, alimentación y promoción de servicios de salud, educativos y consultas gratuitas, por ello estas CAM se encuentran en zonas estratégicas, las cuales son las que tienen mayor rezago social y médico.

Las parteras a pesar de asistir al CAM para brindar apoyo también atienden en sus casas y aunque su rol es activo, se le sigue dando mayor importancia a la atención hospitalaria en el caso del parto, entre barreras culturales que se han detectado.

Ecuador

En Ecuador, existen 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas, quienes tienen sus propios sistemas de atención a la salud a partir de las condiciones históricas, sus propios médicos y sus tratamientos. Estos son reconocidos por el Ministerio de Salud de Ecuador (MSP), que son hombres y mujeres con sabiduría de acuerdo a su nacionalidad y localidad; las parteras son conocidas como *Wachachic*. (González, 2014).

Aunque en algunas poblaciones los esposos o ellas mismas dan a luz solas, la figura de la partera está presente en casi todos ellos y porta el conocimiento del cuerpo de las mujeres, ya sea

del ámbito sexual o reproductivo y de la salud materna, ligados a la ritualidad y espiritualidad de cada localidad.

El MSP buscando reducir las desigualdades e inequidades entre los modelos de salud biomédico y “tradicional”, por lo que una de las soluciones que detectaron fue la de capacitar a las parteras en “parto limpio” y la identificación de señales de riesgo en el embarazo, parto y puerperio.

Pero ha surgido la discusión de que para un modelo intercultural es necesario que las visiones también cambien, se propone que se tome en cuenta y se permitan aportes de los modelos tradicionales, como el parto vertical o el manteo. Y gracias a estos procesos de interculturalidad del país, se han dado casos el del Hospital San Luis de Otavalo, donde las parteras dan acompañamiento durante el embarazo y parto en el hospital (González, 2014).

En la actualidad, visualizando la importancia de la partera como un nexo entre la comunidad, la familia y el centro de salud y como parte de la búsqueda de un parto humanizado, a las parteras se les permite la entrada a los establecimientos de salud como apoyo (Kolodin, Rodríguez, Alegría-Flores, 2015).

Costa Rica

El país de Costa Rica cuenta con una historia particular sobre la partería, en la que, como se han demostrado en informes de la OMS y ONU, es de los países latinoamericanos con mayores índices de partería profesional y de implementación del MMH.

Durante la Colonia, no existía un gremio médico para la atención de la salud, quienes fungían como médicos eran aquellos que se adscribían al MMT, como los curanderos, herbolarios y parteras (Marín, 1995 en Vega, 2013)

De los antecedentes en el país, uno de los eventos importantes fue el establecimiento en 1899 de la Escuela de Obstetricia en la que se buscaba espacios para que las mujeres dejaran

prácticas “insalubres” como la partería tradicional, ya que no tenían instrucción médica o que dejaran la prostitución. Sin embargo, la crítica es que las mujeres no se empoderaron de los espacios públicos, si no que resulto una profesionalización de las labores domésticas (Martínez, Meza, 2015).

En 1900, se inauguró en el Hospital San Juan de Dios el departamento de Maternidad en convenio con la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia (González, 1995 en Martínez, Mesa, 2015) que fundo los cimientos de la obstetricia para supeditar los saberes populares o locales; el discurso es que las mujeres podían acceder a una educación, pero no tenían la opción, al menos en el caso de las parteras, de compartir o implementar sus conocimientos.

En el inter de 1900, la certificación de las parteras fue un requisito por parte del gremio médico para que las parteras pudieran seguir ejerciendo, para ello se les pedía certificarse (Vega, 2013).

Para el año de 1902 se graduaron las primeras obstétricas, Francisca Durán, Elena Echeverría y Adelaida Paniagua; aun en esta época convergían las parteras con los conocimientos transmitidos oralmente y las obstetras con una formación para atender a las mujeres embarazadas y parturientas, pero los conocimientos de las parteras no eran tomados en cuenta para a atención hospitalaria.

En 1925, el Ministerio de Salud estableció la Agencia de Policía e Higiene y Salubridad Pública para realizar inspecciones, entre estas inspecciones se hacían a los médicos tradicionales, entre ellos a las parteras, esto como una herramienta de control por parte de médicos, juristas, entre otros y para buscar la desacreditación de estas prácticas culturales (González, 2015)

Por una parte, se encuentran las mujeres con recursos económicos y contaban con servicios médicos, privados o extranjeros, mientras que en la vida cotidiana las mujeres no contaban con estos medios, por lo que solo podían acceder a los servicios médicos tradicionales;

sin embargo, el statu quo de la clase dominante persiguió la partería y la medicina tradicional a través de políticas públicas excluyentes.

Hasta la fecha, en el país la partería profesional, junto con la medicina y la enfermería conjuntan un gremio para la atención de la salud materno-infantil. Por otra parte, en el país la partería tradicional ha sido apartada y no conforma un conjunto de atención a la salud como lo fue antes del establecimiento de la medicina institucional.

II.3. Antecedentes de la partería en México

Para efectos de la investigación, haber indagado en los panoramas de otras partes del mundo y de Latinoamérica permite hacer un análisis de los procesos sociohistóricos y de política internacional, que derivan de los cambios observados nacional y localmente, puesto que estos no son eventos aislados.

La partería se remonta a la época prehispánica, en donde quienes contaban con los conocimientos fisiológicos y biológicos estaban a cargo de médicos tradicionales, como es el caso de las parteras las parteras, ellas fungían como consejeras y guías en el ámbito sexual y reproductivo; estos consejos iban sobre cómo las acciones corporales podían afectar al bebé y que se abstuviesen de actos carnales durante la gestación, pues se tenía la creencia de que si lo realizaban el bebé nacería enfermo (De la Torre, 2003).

Se buscaba mantener un orden social y se repercutía a través de los consejos de las parteras y son consejos que hasta la actualidad son tomados en cuenta, como evitar no cumplir antojos a la embarazada, evitar asustar al niño o exponerlo a ciertas condiciones, así como estaban atentas a los ciclos lunares para que el bebé no sufriera marcas o afectaciones físicas.

Durante la Colonia se presentaron cambios en el ámbito religioso y en la estructura familiar, así como en algunos cambios culturales al introducir comida y otras vestimentas, sin embargo, al menos en lo que respecta al parto no se presentó algún interés. Así que las parteras,

quienes tenían el conocimiento para atender a la embarazada y al bebé siguieron corriendo por cuenta de la partera en los siglos XVI, XVII y XVIII (Pérez y Castañeda, 2012)

Fue en durante el Porfiriato, la medicina estaba conformada por no solo médicos instruidos, si no por otros sectores y entre ellos se incluía a las parteras, de los cuales tenían la obligación de atender a cuáles fueran los lugares y condiciones para evitar la propagación de epidemias, alegando al código de atención de los pacientes, ya fuera en ámbito privado o público (Flisser, 2009).

Existe un cambio en la sociedad de México durante la época de la Revolución Mexicana, pues se incluye a las en el campo de la medicina, las primeras etapas fueron de capacitación de otras enfermeras con mujeres extranjeras, introduciendo así la medicina americana y europea, que fueron las medicinas pioneras de buscar a las enfermeras como un personal importante; fue el Dr. Fernando López quien se convertiría en director del Hospital General de México. (Castañeda, Pérez, Pérez y Müggenburg, 2010)

Tiempo después de ser inaugurado el Hospital General de México en 1905 fue necesario incrementar el personal para atender, por lo que en 1907 se inauguró la Escuela de Enfermería en el hospital para adiestrar a más personal. Dentro de este personal las parteras ocupaban uno de los puestos más altos, la estrategia de esta inclusión era para:

“Permitir a las familias que utilicen los servicios de un personal inteligente y bien educado, en la asistencia domiciliaria, confiando a manos expertas los cuidados que ahora sólo prodiga el afecto, pero no siempre con la serenidad que reclama la delicada asistencia de los enfermos” (Castañeda, Pérez, Pérez y Müggenburg, 2010; 27).

Las parteras han sufrido un lento proceso de exclusión, fundamentado en los avances de la ciencia y se legitima la ciencia como base la razón (experimentación y deducción) que ha moldeado diversas prácticas, en este caso el establecido por el Estado es la que se fundamenta en el conocimiento biomédico, dejando de lado los valores locales (Valdez, 2005).

En el año 2011, se realizó una reforma a la Ley General de Salud, donde se estableció lo que era la partería profesional, lo que conllevaba que las parteras tradicionales se “profesionalizaran” también, sin embargo esto ha resultado problemático debido a que muchas de estas parteras ejercen en la clandestinidad, en condiciones de pobreza y con pocas posibilidades de contar con capacitación institucional, aun en estas condiciones son quienes atienden a mujeres de zonas marginadas o con bajos ingresos económicos (Laureano, Villaseñor, Mejía, Ramírez, 2016).

Con el cambio de gobierno en el año 2018 uno de los programas que fomento la inclusión de las parteras como personal de salud no profesional fue el IMSS-Bienestar¹⁸ en el que se reconoce su labor para la reducción de la muerte materna en el país.

Análisis

En el primer apartado con países occidentales se encuentra que la partería ha tenido un desarrollo hasta la profesionalización debido a contextos políticos, históricos y económicos. Países como Japón, Estados Unidos y España son países desarrollados y donde los programas de salud están dirigidos hacia la hospitalización y en el caso de la salud materna se han creado figuras de apoyo como la doulas, parteras o matronas, cuya especialización se dirige a lo gineco - obstétrico. Por otra parte, Sri Lanka, un país en vías de desarrollo la partería resulta fundamental en la atención a la salud materno-infantil, planificación familiar y como un enlace comunitario con lo hospitalario. Siendo una de las principales diferencias la cuestión económica, puesto que el acceso en Sri Lanka debido a su falta de personal sería aún más difícil si no tuvieran el apoyo de enlaces comunitarios, además que comparten el diagnóstico y cura culturalmente.

Como se ha mencionado a lo largo de la tesis, el objetivo de la partería tradicional puede coadyuvar a las regiones de alta marginalidad o de difícil acceso, por lo que supeditarla a una

¹⁸Comunicado 395 acerca de la importancia de la partería para el programa IMSS-BIENESTAR:
<https://www.gob.mx/imss/prensa/com-395-imss-bienestar-trabaja-con-parteras-rurales-en-beneficio-de-las-mamas-y-sus-bebes>

relación de “desarrollados y en vías de desarrollo” limita las posibilidades de la partería, puesto que desarrollar todo el potencial ayudaría a mejorar las estadísticas de la salud materna, reducción de muertes maternas y de bajas tasas de intervenciones quirúrgicas, como son las cesáreas.

En el caso de América Latina cabe destacar que en informes de la colaboración entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Confederación Internacional de Matronas y otros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) los países con mayor índice de parteras profesionales son aquellos que cuentan con mayor desarrollo económico como son Chile, Costa Rica, Jamaica, Perú, Puerto Rico y Santa Lucía (Camacho, Land, Thompson, 2014).

En el apartado se relata el caso de Costa Rica, Ecuador y Nicaragua por la amplia bibliografía al respecto de la partería, Costa Rica como uno de los países con mayor crecimiento económico la partería se ha profesionalizado para que el parto sea hospitalario y en el caso de Nicaragua con un alto índice de población indígena ha buscado estrategias para que las parteras puedan seguir siendo un apoyo en la salud-materno infantil y comunitario como voluntarios dentro de los hospitales, además que el Estado ha dado ventajas para que esta relación se pudiera desarrollar, al igual que Ecuador, en la que existen múltiples etnias en convivencia y no es coincidencia que se le considere un país en vías de desarrollo, por lo que las parteras fungen como un enlace comunitario y familiar, a tal grado que su presencia se considera positiva y se le permite la entrada a los partos en el hospital.

Siguiendo con otras parterías del mundo, México ha tenido una trayectoria histórica con la partería como una práctica ancestral de una mujer sabia que atendía mujeres embarazadas y niños y que esta atención estaba ligada culturalmente a lo local, de modo que se buscaba la menor intervención en el cuerpo de las mujeres, pues se les reconocía como conscientes de los cambios efectuados por el evento del parto. Sin embargo, la introducción de la medicina

occidental y como parte del sistema capitalista se desprestigió la labor de las mujeres y se les relegó a ser un auxiliar, quitándoseles el protagonismo en la labor comunitaria.

Pero como la bibliografía indica, la partería sigue existiendo y colabora en la reducción de las muertes maternas, muertes infantiles y la reducción de intervenciones quirúrgicas.

Sea en América Latina o diferentes partes del mundo, la partería sigue siendo exigiendo el respeto al parto, respeto de la decisión de los cuerpos de las mujeres, como sujetos políticos que exigen el respeto de los derechos sexuales y reproductivos y en cada uno de ellos encontramos formas de resistencia y transformación de la actividad con sus condiciones y contextos.

En este sentido, hay movimientos que han surgido para luchar o resistir ante políticas que pretenden erradicar o intervenir de manera negativa en la salud sexual o reproductiva. Dentro de estos movimientos están las parteras para visibilizar la práctica, la discriminación y que no son sujetos pasivos, por lo que se encuentran en resistencia.

En Brasil, surgió la Red por la Humanización del Parto (REHUNA), donde una de las estrategias para alcanzar el objetivo de reducción de la muerte materna en la que para apoyar en la labor de educación sexual y reproductiva con parteras se buscó actualizarlas en talleres de capacitación con la OMS. Lo innovador de las actualizaciones es que no se basaban en ser únicamente del conocimiento occidental o institucional, si no tomar en cuenta los conocimientos de las parteras para reducir la medicalización del parto, higienismo y conservar los valores de la partería (Tornquist y Lino, 2005)

En Canadá las parteras han tenido una larga trayectoria del respeto al parto, tomando en cuenta la cultura y respeto al cuerpo de las mujeres, así como busca la certificación autónoma, no solo la establecida por el modelo institucional, ya que aquello que se había establecido como un movimiento unificado en los años 90 solo abarcaba a las parteras blancas, excluyendo a parteras negras e indígenas (Laako, 2016).

Aunque no se ha consolidado como un movimiento social, una de las formas de resistencia en México ha sido a través de las Casas de Parto, donde las parteras tradicionales y profesionales brindan atención como espacios seguros para parir, buscando regresar e protagonismo de sus partos a las mujeres y retomando los lazos afectivos que deben darse en el proceso de gestación y parto; pero sobre todo como una forma de protesta por el aumento de cesáreas y violencia obstétrica (Alonso y Murray, 2017)

En este sentido, aunque existen luchas y resistencias en diversas partes del mundo por una partería respetada y permitiendo que se adapte a las condiciones culturales y no institucionales, no se visibiliza del mismo modo que otros movimientos sociales debido a que no tienen un nombre establecido, aun cuando se ha involucrado con movimientos y luchas feministas (en el caso de los derechos sexuales y reproductivos y al respeto de los cuerpos de las mujeres). Además, es necesaria una discusión acerca de las parterías del mundo y no solo como una partería, puesto que la que se ha desarrollado en el imaginario social y aceptable de la partera blanca, de clase media o hippie y deja de lado a las otras mujeres parteras.

Para la creación de un movimiento social en conjunto, la antropóloga Davis Floyd (2001) propone la creación de un término de parteras posmoderna para hacer crítica del modelo médico institucional y las empodera como sujetos políticos más allá de ser partera profesional o tradicional con conocimiento local, global, histórico y que participa en todos los niveles de gobierno, internacionales y locales para poner esfuerzos en la preservación de la partería como un servicio para las mujeres y que vela por los intereses en cuanto a la salud materno-infantil.

Si bien el término de partera posmoderna puede ser un concepto que ayude a ahondar críticamente sobre los procesos de atención, pues son diversos. Pero en este sentido el término o concepto debe apoyarse en quienes atienden, las parteras deben encontrar una forma de llamarse para que corresponda con la forma de atención que dan, la forma en la que se autoidentifican y

como las perciben, pues la posmodernidad podría no tener un valor simbólico y por lo tanto la carga de este título no tendría un impacto para la práctica.

La propuesta del investigador residiría en que el termino se homologara como partera sin especialización, es decir partera empírica, partera profesional para que de una forma u otra se volviera un movimiento unificado o implementar conceptos de análisis como parteras culturales que no solo hace hincapié, pues aquellas llamadas empíricas reflejan como han aprendido la práctica, pero lo cultural conlleva un entramado mas complejo de los contextos de las mujeres y que no solo es algo que han abordado de una manera empírica, pues la construcción cultural es multifactorial y hasta una cuestión política.

Capítulo III. Marco contextual: Las parteras en José María Morelos

III.1. José María Morelos: contexto de la investigación

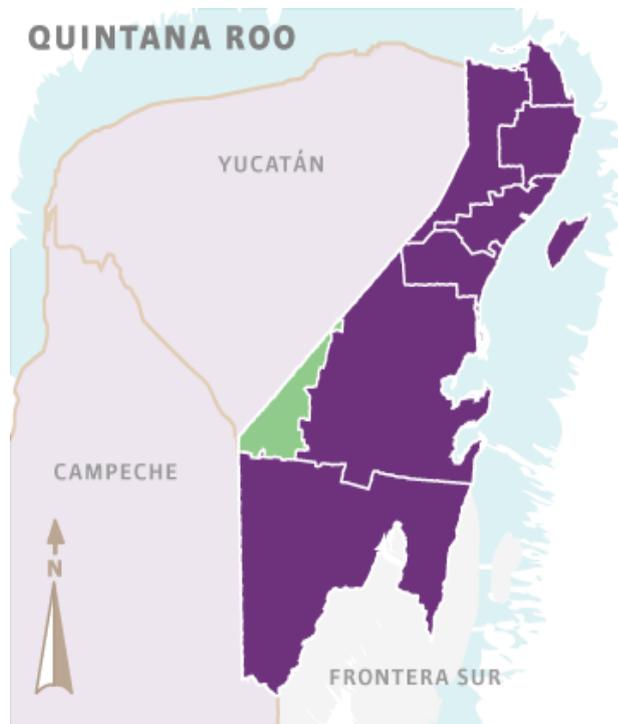


Fig. 2. Ubicación del Municipio de José María Morelos. Tomado de la página del Municipio de José María Morelos. Fuente [Fhttp://josemariamorelos.gob.mx/index.php/nuestro](http://josemariamorelos.gob.mx/index.php/nuestro).

En este capítulo se hace una descripción de la localidad de José María Morelos, con la finalidad estudiar las condiciones particulares del lugar e históricas para la búsqueda de fortalecimiento de la partería, de este modo se establecieron estrategias para alcanzar esta meta. Se presentan datos como ubicación, historia de la localidad, servicios y otros aspectos sociales y políticos. El trabajo de campo se dio de manera intensiva entre julio a agosto de 2018 y julio a agosto de 2019, sin embargo, también se realizó trabajo de campo

en el periodo posterior a verano para mantener contacto con las instituciones y las parteras con las que se entabló un rapport¹⁹ para realizar la investigación.

El municipio de José María Morelos se ubica en el Estado de Quintana Roo, colindando con los estados de Yucatán y Campeche, siendo el más cercano Yucatán por el Oeste. Por su parte, al sur colinda con el municipio de Othón P. Blanco²⁰.

Se encuentra en la zona poniente del estado, cuenta con una superficie de 6,739 Km², la cual representa el 13.2 % de la superficie estatal y por su tamaño es la tercera más grande del Estado.

¹⁹Taylor aclara que el rapport no es un concepto que pueda definirse como tal, sino que es un proceso de empatía que se establece con los “informantes” y que en el proceso de trabajo de campo puede aumentar, disminuir y puede que nunca se establezca un rapport con quienes se trabaja.

²⁰Datos obtenidos de la página del municipio de José María Morelos: <http://josemariamorelos.gob.mx/index.php/nuestro-municipio/ubicacion>

Cuenta con dos lagunas principales laguna, Chichankanab y la Laguna Esmeralda. En diferentes comunidades podemos encontrar cuerpos de agua como cenotes y aguadas²¹.

La localidad de José María Morelos es la cabecera del municipio con el mismo nombre, el municipio cuenta con alrededor de 64 localidades, en las cuales existen parteras que ayudan como un servicio alternativo en atención a la salud, desde enfermedades psicosomáticas, hasta culturales, sobre todo en el cuidado y seguimiento de la salud reproductiva o materna.

III.1.2 Características generales de José María Morelos

José María Morelos se encuentra en la “Zona Maya” que ocupa principalmente Felipe Carrillo Puerto, Lazaro Cardenas y José Maria Morelos. Esta region “obedece a las características particulares de la zona y que son de orden social, geografico y economico” (Olivares, 2003; 3).

El municipio de José María Morelos tiene 37,502 habitantes hasta el año 2015 según encuesta intercensal (ver tabla 2) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI);

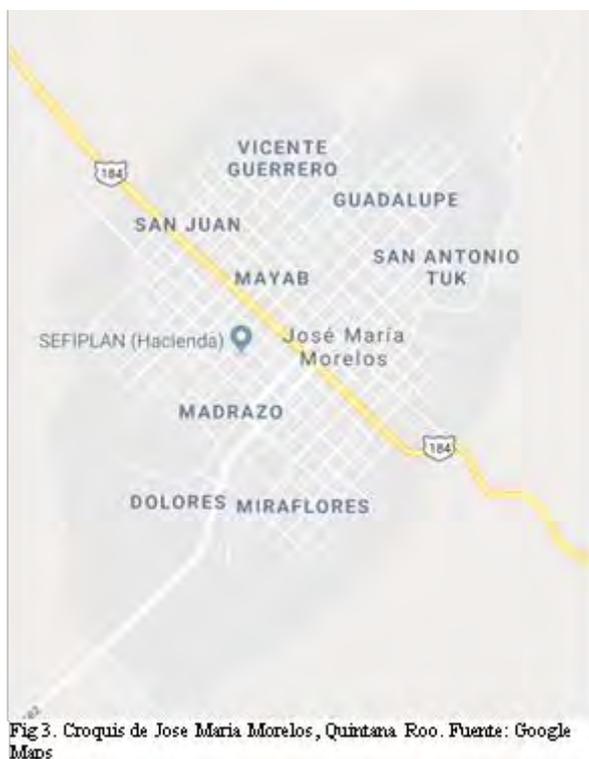


Fig 3. Croquis de Jose Maria Morelos, Quintana Roo. Fuente: Google Maps

cuenta con 64 localidades²². Mientras que la cabecera, José María Morelos, a la fecha 2010²³ contaba con 11, 750 habitantes, y es la localidad con mayor densidad poblacional. Su economía se sustenta en las actividades agropecuarias y forestales y el comercio. La distancia a Chetumal, capital del Estado, es de aproximadamente 206 Km por la carretera de Mérida vía corta.

²¹ Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED)

²² <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=23&mun=006>

²³ Unidad de microrregiones de Sedesol:

<http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=pdzp&ent=23&mun=006>

Tabla 2. Número de habitantes encuesta intercensal 2015				
Clave del municipio	Municipio	Habitantes (año 2015)	Hombres	Mujeres
006	José María Morelos	37 502	19 194	18 308
FUENTE: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.				

Vías de comunicación

El municipio cuenta con 134 caminos estatales pavimentados, 79 federales y 129 rurales pavimentados y 323 de terracería, conformando un total de 665 km. (Secretaría de Desarrollo Territorial Urbano Sustentable, 2018). Comunica la carretera federal 184, que va desde Felipe Carrillo Puerto, hasta Dziuche (última localidad de Quintana Roo) y de ahí con el estado vecino de Yucatán.

III.1.3. Infraestructura y servicios

Electricidad

El servicio de energía eléctrica registrado hasta el año 2016 registró 12115 usuarios, de los cuales 10480 son de uso doméstico y 184 son para alumbrado público (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Agua potable y Drenaje

En el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2016, que contiene las últimas estadísticas del INEGI 2015²⁴ encontramos que entre los principales rezagos en las viviendas del municipio están que no se cuenta con drenaje, sin sanitario y sin agua entubada.

Un aspecto que es importante destacar sobre las viviendas en la cabecera municipal, es que, del total de estas, el 86.29% (1,902) contaban con servicio de agua entubada, pero

²⁴ Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2016: http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2016/Quintana_Roo_006.pdf

únicamente 380 viviendas (20%) contaban con el servicio al interior de la vivienda; 133 viviendas (7%) contaban con agua entubada a través de acarreo (llave pública o de otra vivienda) y 1,331 (70%) viviendas contaban con agua al interior del predio, es decir en el terreno en donde se situaba la vivienda.

Un aspecto que merece señalarse es que la mayoría de las viviendas que cuentan con agua entubada al interior de la vivienda se ubican en la parte central de la población de José María Morelos. Las viviendas que se ubican en las zonas periféricas del poblado tienden a contar con el servicio de manera limitada.

En lo que se refiere a los servicios sanitarios con los que cuentan las viviendas en el municipio de José María Morelos, del total de las 6,867 viviendas, el 47.82% (3,284) tienen servicio de drenaje (con conexión a la red pública, a fosa séptica, con desagüe a barranca o grieta, con desagüe a río, lago o mar, incluye las que no especificaron si disponen del servicio). Y 4,245 del total (6,867) disponen de sanitario exclusivo, es decir con un espacio cuya función es solamente la de ser utilizado como baño. Las viviendas en la cabecera municipal, que contaban con servicio sanitario exclusivo (1,764), representaron el 80.03% del total de las viviendas de la población. La localidad de José María Morelos es la que cuenta con más viviendas municipales con servicio sanitario.

Sin embargo, aunque las viviendas de la cabecera municipal estaban mejor en cuanto a infraestructura que el resto de las viviendas del municipio, el 19.97% del total de las viviendas de la población aún carece de servicio sanitario exclusivo. Del total de las viviendas que cuentan con servicio sanitario únicamente 618 (35.03%) tienen conexión de agua en el servicio sanitario.

Educación

JMM tiene servicios educativos para la localidad y las aledañas. Tiene nivel superior, donde destaca como institución la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo; de igual modo han

sido introducidas otras instituciones privadas que ofrecen licenciaturas y posgrados. El municipio cuenta con 1 escuela de educación especial, 57 de educación preescolar, 71 de educación primaria, 17 de educación secundaria y 2 de educación media superior (Ballesteros, s.f).

En el diagnóstico de la preservación de la cultura y la lengua maya de la Secretaría de Desarrollo Social e Indígena (SEDESI)²⁵ en el cual se menciona que el sistema educativo es uno de los factores de abandono de la lengua maya, entre las poblaciones con mayor raíz en ello es Sacalaca, que a pesar de que existen escuelas bilingües en nivel preescolar, el que no exista en los demás niveles educativos, así como que los maestros no cuenten con los conocimientos de lengua y cultura maya es uno de los factores de abandono.

Por ello en Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas²⁶ en el artículo 11 garantiza que la educación será obligatoria, gratuita, bilingüe e intercultural para salvaguardar los intereses de las poblaciones indígenas en la integración al sistema educativo.

Salud

En el modelo integral de Gobierno del estado de Quintana Roo del 2016 al 2022 define el marco de acción en diversos rubros para el progreso social y mejora de servicios, actores e instituciones al buscar una relación institucional, sociedad civil y otros para un servicio/ atención integral.

En el eje 4 de desarrollo social y combate a la desigualdad se encuentra el rubro de salud universal en el que se hace una descripción de la salud en el estado de Quintana Roo según la CONEVAL²⁷ en su monitoreo de Carencias Sociales 2010-2015, el 16.5% de la población carecía de acceso a servicios de salud, lo que se traduce en 261.6 millones de personas.

²⁵ Preservación de la cultura y la lengua maya:

http://sedesi.qroo.gob.mx/documentos/Diagnostico%20Lengua%20y%20Cultura%20Maya%20Quintana%20Roo%20SEDESI_.pdf

²⁶ Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257_200618.pdf

²⁷ Carencias Sociales 2015 y su comparativo con la serie 2010-2014:

<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/QuintanaRoo/Paginas/carencias-sociales20102015.aspx>

Las causas para la carencia de servicios se deben a diversos factores, como la falta de insumos y muebles en hospitales, deficiencia tecnológica y falta de personal calificado, lo que se traduce en el deterioro de servicios de calidad y del estado de salud de los enfermos²⁸.

Existe un número reducido de servicios en la cabecera municipal, quienes atienden a las poblaciones aledañas, funcionando como un centro receptor de pacientes y a su propia población. Existe el servicio SSA, una pequeña clínica del ISSSTE y una del IMSS, pero debido a la precarización de trabajo y la falta de cobertura en los empleos, puesto que lo que domina es el empleo “informal” la cobertura a la que suelen afiliarse es la de Seguro Popular. La demanda de personal, como de medicamentos, consultorios y cobertura va en aumento, por lo que debe plantearse el aumentar infraestructura o sugerir un tratamiento en conjunto con médicos tradicionales (saberes locales) para que el servicio no se congestione y tengan un diagnóstico integral.

En trabajo de campo se entrevistó a algunos usuarios respecto a la atención médica institucional y su percepción sobre ella, en la que en diversas ocasiones se llegaba a que el servicio es deficiente y no son respetuosos con su persona (en este sentido se refieren al trato). Por otra parte, los médicos que atienden en el hospital también tienen consultorios privados y es que los usuarios han expresado que han proliferado, además que el trato de los médicos en estos consultorios se da de manera más cálida, pero no todos tienen la economía para acceder a este servicio privado.

Por el contexto intercultural, existen servicios alternativos al institucional, los médicos con saberes locales son curanderas/os, sobadoras/es y parteras, quienes tienen una importancia para las localidades, son personas que atienden y sanan de manera cultural y que involucra en el proceso a la misma persona con padecimiento para su recuperación.

²⁸ Eje 4 de desarrollo social y combate a la desigualdad del Modelo Integral del Estado de Quintana Roo: <https://www.qroo.gob.mx/eje-4-desarrollo-social-y-combate-la-desigualdad/salud-publica-universal>

Debe tomarse todas las formas de atención a la salud, puesto que existen 821 nacimientos al año según el censo 2015, lo que se traduce en 2 nacimientos diarios, de los cuales el 91.15% de la población se encuentra afiliada al Seguro Popular y que el Hospital Integral de José María Morelos suele ser el único hospital para atender todas las localidades.

Deportes y recreación

La población cuenta con espacios para la práctica de deporte, en la que destaca una unidad deportiva, 18 canchas de básquet bol, 2 campos de béisbol, 3 campos futbol rápido, 8 de usos múltiples y 2 campos de futbol.

Uno de los lugares en los que se concentra la población para el espacio recreativo es el Parque Central en el que las familias van a comer, a llevar a sus hijos al parque del DIF, a practicar deporte o realizar actividades artístico-culturales y gracias a la participación de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo se dan espacios para Ferias de Medicina Tradicional, Productos Artesanales o Artísticos.

Frente al parque los días viernes y sábado existe un pequeño” cine” para la familia por parte del DIF.

Marginación en el Estado.

En el Diagnóstico de la situación del Sector Salud del estado de Quintana Roo 2018 tiene un apartado sobre la marginación en el estado. En el estudio el porcentaje de

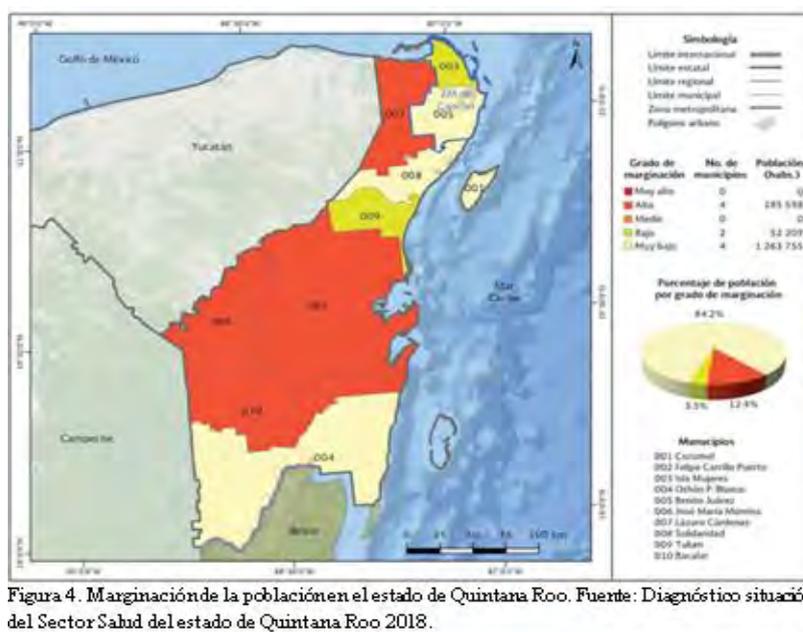


Figura 4. Marginación de la población en el estado de Quintana Roo. Fuente: Diagnóstico situación del Sector Salud del estado de Quintana Roo 2018.

marginación la mayoría del estado se encuentra en un 84% de marginación baja, mientras que el 12.4% se ubica en un grado de marginación alta y estos municipios con alto grado se encuentra en la franja de la llamada zona maya, entre los cuales se ubica el municipio de José María Morelos

Mientras que en el diagnóstico de grado de marginación de las localidades de la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL), ahora Secretaria de Bienestar, muestra que el 43.41% de las localidades del municipio se encuentra en un grado de marginación alto como se muestra en la Tabla 3 para la planeación de Zonas prioritarias.

Tabla 3. Sistema de Apoyo para la Planeación del PDZP de Secretaria de Desarrollo

Localidades por grado de marginación	Número	%	Población	Número	%	Población
Grado de marginación muy alto	13	12.26	1,076	7	5.43	263
Grado de marginación alto	44	41.51	20,181	56	43.41	35,732
Grado de marginación medio	4	3.77	11,310			
Grado de marginación bajo						
Grado de marginación muy bajo						
Grado de marginación n.d.	45	42.45	179	66	51.16	184
Total, de localidades (Iter, 2005 y 2010)	106	100	32,746	129	100	36,179
Número total de claves inactivas y bajas al mes de octubre 2015	174					
Fuente: Catalogo de localidades de Secretaria de Desarrollo Social http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=23&mun=006						

En este sentido los índices vislumbran las carencias que sufre la población. Estos índices van relacionados a carencia de servicios, oportunidades y bienes y que marcan las condiciones de una población en cuanto desarrollo.

Parte del análisis del informe se basa en las carencias de seguridades sociales, como lo es trabajos fuera de la economía formal, en el que en el informe de Diagnostico de Salud, en el último trimestre del 2017 indicaba que el 47.14% se encontraba en la informalidad, lo cual estaba representada por una población joven en el sector terciario y carecían de seguridades sociales.

Otro factor ligado a la informalidad y que abona a la precariedad de servicios es la de afiliación a un seguro de salud, puesto que en el estado el seguro popular representa el 40.71%, sin embargo, en diversos municipios, como es el de JMM la población ocupa casi en un 80% la afiliación debido a la precarización laboral y de infraestructura.

III.1.4. Actividades económicas

A diferencia del norte del estado de Quintana Roo, el municipio de Jose Maria Morelos no está desarrollado para el sector turístico, sin embargo la población joven ha tomado una importancia como trabajadores en la llamada Riviera Maya.

Sin embargo, las principales actividades económicas es la agricultura de milpa, que consiste en el método “roza, tumba y quema”, método que ha sido una tradición en los mayas, es de temporal donde se produce el maíz, frijol y calabaza; si bien existen hectáreas de mecanizado²⁹, no son las principales en el municipio, debido a que requiere de un nivel económico elevado. De aquí se deriva que las personas se dediquen a ser jornaleros o a sembrar su propia milpa. En la tabla 3 se muestra la superficie que ha sido beneficiada para siembra en el municipio en los años 2015 y 2016.

Por otra parte la ganadería es la segunda actividad más importante, aun con las condiciones de la tierra, puesto que no son las más óptimas para la cría de ganado. Y el sector forestal es importante bajo el estándar de que sea una extracción o uso sostenible (Uc, 2013).

La apicultura si bien no es una actividad con gran industria en el municipio, funciona como una forma complementaria de economía.

En la actividad forestal se comercializan maderas finas como el cedro y la caoba y otras especies tropicales que tienen aceptación comercial. El volumen de aprovechamiento es de alrededor de 2,600 metros cúbicos, de los cuales el 70 % es de maderas duras tropicales.

²⁹ El mecanizado consiste en trabajar las tierras agrícolas con maquinaria, comúnmente se utilizan tractores para eficientar tiempo.

También se recolecta la resina del chicozapote con el cual se produce el chicle, que en su mayoría se exporta en un rango de 45 toneladas anuales.

Tabla 4. Productores y superficie beneficiados, y monto pagado por el PROAGRO en la actividad agrícola por municipio en los años 2015 y 2016.			
Municipio	Productores beneficiados	Superficie beneficiada en Has	Monto pagado (en pesos)
Año Agrícola 2015			
José María Morelos	4050	11,974	16, 516
Año Agrícola 2016			
José María Morelos	4031	11, 900	16, 154
Fuente: SAGARPA a fecha 18 de agosto de 2017 en Anuario Estadístico y Geográfico de Quintana Roo 2017			

III.1.5. Estructura social y política

En cuanto a lo sociopolítico en la estructura de gobierno se concentra el presidente municipal en la cabecera de José María Morelos, quien actualmente es C. Sofía Alcocer Alcocer (2018-2021).

Para el apoyo de la presidencia municipal se ha establecido autoridades auxiliares, como son las Alcaldías Municipales para atender de manera adecuada recursos presupuestales en el funcionamiento de servicios e infraestructura pública. Los alcaldes se eligen directamente en asambleas vecinales, en este caso están Dziuche y Sabán.

Por otra parte, existen las Delegaciones y Subdelegaciones Municipales, órganos desconcentrados que dependen del Presidente Municipal, entre sus funciones deben hacer cumplir los requerimientos del Ayuntamiento, manteniendo el orden público y ejercer como oficial de Registro Civil, promover el establecimiento de servicios públicos y auxiliar a las autoridades federales y estatales. Se eligen directamente en asambleas vecinales.

Existe una Delegación Municipal en La Presumida y 47 Subdelegaciones Municipales en las correspondientes localidades.

En cuanto a lo sociocultural, el hecho de vivir y compartir características culturales, sociales y económicas permite una interacción fluida entre los habitantes. Si bien existen ejidatarios de cuando José María Morelos era Km 50, ha ido creciendo la mancha urbana, por lo

que de igual modo encontramos economías distintas a la agrícola. Sin embargo, las reuniones se siguen celebrando en la Casa Ejidal que se encuentra a un costado del Parque Central.

Existen autoridades que pertenecen a la índole cultural, como son en esta región maya, los generales mayas que tienen una estructura militar establecida desde la guerra de castas: General, Patrón de la cruz, h-men, comandante, capitán, sargento, teniente, cabo, soldado. En este entendido aun rigen rituales como el chak ch'aak, jeets' meek'.

Otro tipo de organización es la religiosa que se da a través de la fiesta patronal en la cabecera, durante el periodo de primavera. Se celebra a la patrona, la Virgen María, donde se organizan peregrinaciones para agradecer cosechas y salud (López, 2005).

III.1.6. Historia de José María Morelos

El territorio es parte, como Felipe Carrillo Puerto de los municipios con mayor índice de población maya³⁰. Durante el año 1527 el territorio aún era parte de cacicazgos de Ecab, Cochuah, Uaymil y Chactemal, que surgieron al desintegrarse la confederación de Mayapán en el año de 1194. Entre las localidades importantes se encuentra Cochuah, Huay Max y Sacalaca.

Durante 1544, con el encomendado Gaspar Pacheco por Francisco de Montejo, se dedicaba a la producción agrícola que no era productiva debido a las condiciones naturales. Otra característica de este periodo era la explotación de la población indígena. Casi tres siglos de condiciones deplorables para la población indígena dieron pie al levantamiento conocido como “Guerra de Castas”, aproximadamente en 1847 (Secretaría de Desarrollo Territorial Urbano Sustentable, 2018).

Tuvieron éxito en este levantamiento, sin embargo, las autoridades y las fuerzas armadas replegaron la zona central de Quintana Roo, lo que hoy es José María Morelos y Felipe Carrillo

³⁰ Atención a grupos en situación de vulnerabilidad, grupos indígenas en Quintana Roo: <https://qroo.gob.mx/atencion-grupos-en-situacion-de-vulnerabilidad/grupos-indigenas>

Puerto. Recibieron ayuda del ejército inglés en la adquisición de armamento, y al resolverse el conflicto limítrofe de México y Belice ya no cuentan con este apoyo, por lo que en 1895 pierden.

Entre los años 1930-1940 fue importante la producción de chicle en el Estado para su economía, por lo que se asentaron diversos campamentos o centrales chicleras; una de estas fue Km 50, ahora José María Morelos.

En 1952, en una de las reuniones de padres de familia, José Uicab propuso que el asentamiento Km 50, no debía llamarse así, ya que solo señalaba una ubicación, por lo que propuso honrar a un héroe de la independencia, José María Morelos y Pavón, por lo que hay una aceptación y se extiende este nombre a todo el municipio más adelante (Secretaría de Desarrollo Territorial Urbano Sustentable, 2018).

En este periodo, Dziuche era contemplado para ser la cabecera municipal del municipio debido a su importancia en la economía turística y comercial, sin embargo, se consideró que debía ser la población de Km 50 para equilibrar la economía de la región, que además era una ruta estratégica para comerciar entre Quintana Roo y Yucatán.

De las personas entrevistadas comentan que venían de poblaciones de Yucatán o poblaciones aledañas a Dziuche, pero el crecimiento económico, agrícola y urbano los trajo a la cabecera, José María Morelos para quedarse, además de que existía una oferta para aquellos trabajadores agrícolas para conseguir hectáreas. La partera María Luisa comenta que “su esposo y ella venían de Tekax, Yucatán y viajaron por todo el territorio de Tekax hasta Morelos, donde les ofrecieron terreno para quedarse con su suegra y la hija que venía en camino” (María Luisa, JMM, 10 de Julio de 2018)

En 1958, durante la presidencia de Adolfo López Mateos, se empiezan las solicitudes para dotación de hectáreas para la población campesina en el poblado Km 50, delegación de

Felipe Carrillo Puerto, hoy José María Morelos, en la cual la resolución presidencial el 06 de mayo de 1965 y publicado el 15 de mayo del mismo año³¹. Son beneficiados 319 personas.

En la década de los 70 se conformó la Zona Maya, en la que se encuentran los municipios de Felipe Carrillo Puerto, Lázaro Cárdenas y José María Morelos. Al respecto Chávez describe que el proyecto fue financiado por el Programa de Desarrollo Socioeconómico de la Zona Maya (PRODEMAY) que buscaba impulsar la región por su alto índice de población maya y cuya economía se basaba en la subsistencia mediante métodos tradicionales para la agricultura (2012)

El día 8 de octubre de 1974, tras la creación de Quintana Roo como estado libre y soberano en la Constitución del Estado se forma 7 municipios: Othón P. Blanco, Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Cozumel, Isla Mujeres, Lázaro Cárdenas y Benito Juárez³². Desde entonces como se menciona en Historia Breve de Quintana Roo, desde la conformación de los polos, Norte, centro Sur, se vislumbra la disparidad en el crecimiento regional, económico y social (Carega e Higuera, 2011).

Uno de los cambios fundamentales en el municipio fue la creación de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo (UIMQROO) debido a que las condiciones de los jóvenes del municipio eran limitadas, puesto que al terminar la preparatoria tenía la opción de trabajar en la Riviera Maya o en caso de seguir estudiando se trasladaban a Felipe Carrillo Puerto o a Chetumal, en ambos casos requería que los jóvenes migraran. Por lo que la inauguración de la Universidad en febrero 2007 ampliaba las posibilidades de por una parte seguir estudiando y por otra de fortalecer el conocimiento local, y al ser intercultural tenía como objetivo el desarrollo de aprendizaje a través de los saberes locales.

³¹ Diario Oficial. Órgano Del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Viernes, 15 de mayo de 1964. TOMO CCLXIV No. 11

³² <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM23quintanaroo/historia.html>

III.2. Etnografía: Partería en transformación, acompañamiento, resistencia

El municipio de José María Morelos, como parte de la Zona Maya del estado de Quintana Roo cuenta con una dinámica intercultural latente, esto es más visible cuando hablamos del aspecto de la salud o atención a la salud.

La cabecera, José María Morelos, está en una zona urbana y cuenta con los servicios básicos. Sin embargo, cuando se trata de servicios para la salud pública se encuentra limitada por el Hospital Integral de José María Morelos, que no solo brinda atención a la población local, sino que también atiende a las localidades aledañas, las cuales son alrededor de 64, siendo insuficiente solo esta infraestructura y servicio de Secretaría de Salud (SSA). Para acceder al servicio de salud existe un módulo de atención y afiliación detrás de las oficinas principales del Hospital.

Actualmente, el Hospital Integral de José María Morelos a través del Departamento de Calidad, incorporó actualizaciones y pidió mobiliario para poder atender a las embarazadas y brindarles un parto humanizado, puesto que a disposiciones oficiales en la NOM-007³³, decretada en 2016. Además, se ha implementado este tipo de perspectiva para atender el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, para poder cumplir con los compromisos y transformaciones sociales internacionales como los ODM y ODS se debe procurar la salud reproductiva, materna e infantil, sobre todo de las personas recién nacidas durante los 28 primeros días:

“Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención

³³ 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.

médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas” (Norma Oficial Mexicana, 2016; 22).

A pesar de pedir recursos para poder cumplir estos compromisos, es preocupante la atención limitada que tiene en cuanto a personal, medicamentos y mobiliario, esto debido a los recursos limitados del Estado, pues el Estado no ha tenido un aumento considerable en la ampliación de presupuesto para la cobertura de salud. En el año 2019 el presupuesto fue de \$82,957,901.00³⁴ y en este año 2020 es de \$85,672,461.00³⁵.

Entre otros servicios de salud, está el servicio del ISSSTE e IMSS, que cuentan con infraestructuras pequeñas y servicios a los cuales no puede acceder toda la población, esto se debe a que las condiciones de empleo no se dan en la formalidad y aun cuando cuenta con una estructura de “formalidad”, no cuentan con los beneficios sociales, como es el servicio médico.

Por otra parte, existe un sector creciente de consultorios privados por toda la localidad de José María Morelos, donde también los médicos del Hospital dan consulta y se puede denotar que en busca de resolución rápida de algún padecimiento acuden a ellos y de las personas entrevistadas expresan que la atención es más “cálida”.

Uno de los propósitos de la investigación es estudiar cuales son las formas de atención a la salud, sobre todo en aquel saber local que poseen los médicos locales (o tradicionales) y que portan conocimiento sobre el cuerpo del “enfermo” pero que tiene una gran ventaja que los médicos institucionales no tienen y es que comparten la misma cultura y el conocimiento al que tienen acceso viene desde la época Prehispánica y ha sido repercutido durante generaciones. Pueden atender enfermedades comunes, enfermedades culturales como el ojo o susto y son una

³⁴Presupuesto de egresos del Estado de Quintana Roo, ejercicio fiscal 2019:
<https://www.qroo.gob.mx/sites/default/files/unisatio2019/04/PRESUPUESTO%20DE%20EGRESOS%20DEL%20GOBIERNO%20DEL%20ESTADO%20DE%20QUINTANA%20ROO%2C%20PARA%20EL%20EJERCICIO%20FISCAL%202019.pdf>

³⁵Presupuesto De egresos del Estado de Quintana Roo, ejercicio fiscal 2020:
<http://documentos.congresoqroo.gob.mx/decretos/EXVI-2019-12-13-16.pdf>

parte fundamental en la atención al embarazo, parto y cuarentena, etapa en la que también contribuyen en la salud materno-infantil.

Si bien existe amplia bibliografía y programas que recomiendan la interacción entre sistemas institucionales y locales, en la realidad esta interacción está sesgada y subordinada por otros intereses, donde prevalece la medicina institucional por sobre “las alternativas” y no existe un dialogo real, ni la pertinencia cultural que debería tener este servicio “intercultural”.

La posibilidad de un dialogo intercultural, desde la perspectiva fenomenológica permite ver la relevancia de las nociones de salud-enfermedad de los usuarios para una cura que por una parte implique a quien la padece y, por otra parte, darle voz y poder sobre el cuerpo; de esta manera el poder institucional no resulta abrumador para el usuario y por otra parte permite un diagnóstico y cura integral al ser culturalmente pertinente, es construir otras formas de atención.

Las parteras de José María Morelos son mujeres que son mayas, que aprendieron la partería después de haber sido “elegidas”, por haber sido dotadas de un don que reconocen ellas mismas u otras personas que son parteras y la enseñanza viene de abuelas, suegras o alguien cercano. A través de las historias de vida se analizaron las condiciones y características de las parteras, en la que puede haber diferencias en los estilos de vida, pero que existen más puntos comunes que permiten encontrar una resistencia para mantener la actividad a pesar de las dificultades económicas y políticas.

“Venimos de Tekax, Yucatán, mi suegra me enseñó a ser partera porque viajamos mucho por mi marido, por todo Quintana Roo hasta llegar acá, en uno de esos viajes me quede con mi suegra, yo estaba embarazada y di a luz , mi suegra y yo nos la ingeniamos por mantener limpio al bebé, estábamos calentando elote, por lo que el agua estaba limpia y limpiamos al bebé, no había nada cerca, pero entre mi suegra y yo sacamos al bebé y lo mantuvimos limpio y caliente al bebé, para cuando llego mi esposo de la milpa ya había nacido el bebé y hasta la comida estaba lista” (Bacab, comunicación personal, 10 de Julio de 2018).

Doña María Luisa, como otras parteras viene de localidades de Yucatán o zonas limítrofes a Yucatán, puesto que en el Estado vecino la partería también se desarrolló como una alternativa importante para atención a la salud y como una parte fundamental de la cultura reproductiva de las mujeres.

Cuando se aborda el tema de cultura reproductiva de las mujeres se refiere a una clase de comunidad construida por las mismas mujeres, esto quiere decir que para que la atención sea adecuada debe ser culturalmente pertinente. No solo se limita a los diagnósticos, si no que sirve como consejera al escuchar y diagnosticar casos de violencia, conocen los síntomas y las maneras de tratarlas; lo hace a través de la escucha activa, les aconseja cuando es necesario turnar a autoridades y además las empodera sobre su cuerpo como un territorio en el que ellas deben tener control, caso contrario del MMH en el que se deja de “escuchar” lo que el cuerpo de las mujeres les indica para hacerle caso a lo que indica el médico.

Doña Emilia, partera retirada, menciona que también es de Yucatán y que aprendió la partería en Felipe Carrillo Puerto a los 65 años con Doña Juana y que iba a la casa de las mujeres, y cuando ellas venían de otro lugar las atendía en su casa con piso de concreto porque no deben salir enseguida después de parir, se quedaba con su familia y les enseñaba cómo ayudar al bebé y la mamá (Canche, comunicación personal, 31 de Julio de 2018).

En tanto, en la localidad de La Presumida, localidad siguiente a José María Morelos, Doña Hermelinda también cuenta que “le ayudaba a su abuela y que después de eso atendió a todas sus hijas y que ahora se dedica a sobar, que atiende en su casa (una casa de concreto) desde hace más de 30 años lo hace y que ahora solo se dedica a sobar” (Moo, Comunicación personal, 13 de noviembre de 2018)

En las interacciones con las parteras, mientras hubiera las posibilidades (es decir, que no tuvieran impedimentos físicos por la edad) iban a las casas de las embarazadas para sobar o dar a luz, incluso si era necesario se quedaban a pasar la noche para atenderlas. Cuando eran mujeres

de otros lugares les facilitaban el hospedaje en casa para atenderse en el Hospital o para dar a luz en sus casas, buscaban que este parto se diera en su casa con piso de concreto e implementaban las herramientas médicas que Sector Salud les proporcionó, como guantes y tijeras. Esta práctica refuerza los lazos familiares y comunitarios y permite a las mujeres un ambiente de confianza para posibilitar el parto vaginal, reconocen que en caso de riesgo es necesario acudir al Hospital.

Actualmente las parteras tienen ciertas dificultades, como es el pasar días fuera de su casa, atender mujeres en casa con su familia y que a veces los rumores de malas prácticas son características que los familiares cercanos o esposos no comparten. Sin embargo, reconocen que su papel en la mejora de salud de mujeres y niños lo vale y que siguen resistiendo para poder ejercer.

Aunque las parteras son una parte fundamental del tejido social y comunitario, como en toda comunidad existen conflictos en la cotidianidad para desprenderse de la idea de que son armónicas siempre, este conflicto va desde las parteras que están o no certificadas, con familiares, personas de la comunidad o entre ellas mismas. Lo importante son las estrategias o las formas de resolver estas tensiones.

Rosa María, quien ha sido partera desde hace más de 30 años, reflexionó que, a partir de la introducción de programas, como PROSPERA hubo un cambio en la partería, pues las mujeres ya no accedían a los servicios de las parteras. El programa establecía que la atención y parto debían ser exclusivamente en los hospitales, por lo que las embarazadas asistían al control prenatal a los centros de salud y Hospitales para que pudieran acceder a un incentivo económico.

Eso fue aproximadamente hace 6 años y desde entonces se dedicó a sobar, a curar con yerbas y a ayudar a las mujeres con los niños, como la mollera caída. Además, busco una manera de compartir su conocimiento, por lo que colabora con la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo enseñando el uso de las plantas medicinales, los beneficios de la sobada y las

formas de diagnosticar enfermedades culturales como el susto (Cime, comunicación personal, 20 de junio de 2018).

Si bien no lo reconocen como un discurso médico, si no como una forma de no verse “afectadas” les sugieren que no atiendan partos, puesto que es algo riesgoso y podría tener repercusiones para ellas.

Aunque son conscientes de que con la certificación estatal pueden seguir atendiendo partos, expresan que los requerimientos son los que no facilitan su inclusión; se mantiene una estructura patriarcal y heteronormada al no tomar en cuenta las condiciones por ser mujeres, apoyan a sus hijos o hijas cuidando a sus nietas/os y son quienes apoyan en las labores del hogar, en la mayoría de casos son el sostén del hogar y, además, por su trabajo como sobadoras o yerbateras las mantiene ocupadas, no tienen horarios fijos, ni un sueldo fijo, pero en la práctica han construido una forma de atender con calidez humana para no cobrarle a quienes no tienen la posibilidad de pagar; de lo anterior su labor es importante y pueden pasar horarios extenuantes desde la madrugada, hasta la noche sobando y buscando ayudar a otras personas que no cuenten con la posibilidad económica .

Como Doña Rosa expresa: “Hace 6 días como a las 5 y media de la mañana, yo estaba alistando a mi nieta para llevarla a la escuela y me trajeron a una muchacha, (...) venían en moto taxi del Hospital porque tenía mucho dolor en la pierna, como si le hubieran clavado algo, decía que fue y le dieron antibióticos, y aun con eso tenía dolor, le recomendaron que si le seguía doliendo viniera conmigo. Le hice tacto y le dije que el bebé estaba clavado en la pelvis pegada a su pierna, la sobe como una hora y cuando termine de sobarla ya estaba aliviada, ya no había dolor” (Cime, comunicación personal, 20 de junio de 2018).

Doña Carmen, también comenta que el trabajo “como partera no lo ejerce para atender partos, si no para sobar porque los doctores le comentaron que era mejor así y me invitan al Hospital para certificarse, pero no tengo tiempo para ir, tengo que atender la casa, a los nietos y

no tengo horario para sobar, llegan a cualquier hora, pero lo hago desde mi casa “(Tadeo, Comunicación personal, 03 de Julio de 2018).

Cabe mencionar que la labor extenuante para contribuir a una mejora de la calidad de vida de mujeres y de otras personas de las localidades también tiene un precio en la salud de las mismas, ya que la sobada requiere un esfuerzo físico, la salud de varias de las parteras no es la ideal y cuando ellas han sido las que han apoyado a múltiples personas al final no encuentran apoyo para mejorar sus condiciones de vida o de salud.

En este sentido, las condiciones que se pide en la Guía Para La Autorización de las Parteras Tradicionales como Personal de Salud no Profesional³⁶, este es un documento de la Secretaria de Salud y se les denomina personal de salud no profesional. El objetivo de esta guía para la incorporación es “brindar certeza jurídica a las parteras” que atienden en servicios de salud y a su vez las instituciones cuenten con respaldo por sus “servicios”.

Los criterios para recibir la capacitación es que la partera debe ser mayor de edad; saber leer y escribir, además de tener conocimiento en lo que se le certifica, es importante recalcar que el trámite es y debe ser gratuito. Cuando pasaran el proceso de capacitación en parto limpio, manejo de riesgo y planeación familiar.

Se dice que existe una práctica de vigilancia pues cuando la Secretaria de Salud lo solicite deben asistir a las reuniones, deben proporcionar toda la información que se les solicite, rendir informes trimestrales; deben avisar sobre cambio de residencia y asistir a todos los cursos de capacitación que se requieran.

La vigilancia legitima el discurso medico occidental de seguimiento y vigilancia en la que se pone en duda los conocimientos ancestrales de las parteras, cuando debería ser suficiente el reconocimiento cultural para un servicio integral e intercultural. La certificación debería tomar en cuenta las condiciones de las parteras, comprender las realidades.

³⁶ Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

Aun con este panorama, las parteras siguen apoyando a la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo (UIMQROO) capacitando a los jóvenes de Salud Comunitaria y a Secretaría de Salud, por lo que no se limitan al ámbito doméstico, buscan que este conocimiento siga replicándose.

Aunque han atendido partos y en muchos casos a hijas y nietas, la restricción del campo de la partería como una práctica digna y reconocida ha disminuido el número de personas que desean formarse empíricamente como parteras, ya que se hacen cada vez más visibles las dificultades de ejercer y las sanciones sociales y administrativas que podrían sufrir, por lo que muy pocos de sus familiares les gustaría seguir con la práctica, pero no se limitan a esperar a que alguien sea aprendiz, si no que siguen trabajando desde sus trincheras para mejorar la salud materna, donde la lengua maya también les ayuda a comunicarse mejor, como ellas explican, son “mayeras de corazón³⁷”.

III.2.1. Los actores institucionales

Como un tema importante de salud, las parteras interactúan con instituciones para seguir subsistiendo y atender a las poblaciones.

Cotidianamente interactúan con el Hospital Integral de José María Morelos, ya sea que las embarazadas se acerquen por alguna dolencia, para sobar o algún malestar cultural o porque las envían al hospital a dar a luz. Actualmente existe una relación estrecha entre el Hospital Integral a través de la participación en eventos de medicina tradicional con la UIMQROO; pero eso no significa que haya modificaciones en las políticas de certificación de la partería, en las que siguen con la figura de auxiliares de salud en el que se les da un proceso de vigilancia a través del Departamento de Sectores, que tiene un encargado por colonia.

³⁷ Se refiere a que se sienten mayas, que hablan el maya con orgullo

En este sentido, María Luisa Bacab, quien es partera certificada, explica que debe rendir informes mensuales como parte de la vigilancia de su trabajo: “Me hacen llenar unas hojas para ver cuantos bebés atendí, yo no sé leer y escribir, pero le pido a mi hija que me ayude a llenarlo, ya me enseñó a firmar”. (Bacab, Comunicación personal, 10 de julio de 2018) Se menciona anteriormente que esto es uno de los impedimentos para que las parteras puedan cumplir la certificación.

Pueden certificarse como como sobadoras, en el caso de las sobadoras deben rendir informes cada 3 meses. La partera Carmen expresó que “Allá en el Hospital certifican sobadoras que cada 3 meses van a renovar, (...), sobar cansa, quien sabe si sean buenas, deben ser mejores las condiciones para las sobadoras” (Carmen, Comunicación personal, 03 de Julio de 2018)

Sin embargo, quienes tienen un seguimiento más “cercano” es la Jurisdicción Sanitaria #3, que se encuentra en Felipe Carrillo Puerto, tiene jurisprudencia en José María Morelos y Felipe Carrillo Puerto. Además, tienen el departamento de PROSPERA que trabaja con las parteras como promotoras de salud de las localidades. Sin embargo, el trabajo es puntual y el seguimiento o participación con ellas no es relevante.

Las instituciones educativas, como la Universidad Intercultural de Quintana Roo (UIMQROO) participan de manera constante con ellas, ya sea para el manejo y uso de información de plantas medicinales, de la sobada, de identificación de enfermedades y su cura.

También participan en los Encuentros de Médicos Tradicionales y Parteras en José María Morelos como parte de las estrategias interculturales de la Universidad para reivindicar estas prácticas, sin embargo, solo se les dan reconocimientos como constancias, dejando estas actividades como otra actividad académica, sin transformación. En las historias de vida expresaron que después de ciertos procesos académicos y administrativos su entusiasmo por enseñar en las aulas decayó, pues la enseñanza de estos saberes más que ser un proceso rígido de escribirlo y aprenderlo de memoria, requiere de algo más, de aquello que llaman el “don”, no

visto como una forma sobrenatural de aprendizaje, sino como una forma de vocación, pues la partería requiere la decisión de ayudar a otros a pesar de los obstáculos institucionales, económicos, familiares, entre otros

Como una parte importante y creciente, existen en el país Organizaciones de la Sociedad Civil que repercuten un discurso de respeto a las diversidades culturales y que promueven derechos para estos mismos sin hacer un consenso previo o que utilizan la imagen de las poblaciones indígenas para desarrollar políticas sin tomarlas en cuenta, por ello la relevancia de volver la mirada a quienes portan los saberes ancestrales o locales.

La Asociación Mexicana de Partería surge como una propuesta para integrar todas las formas de partería, sin embargo, el movimiento ha tenido un proceso conflictivo, pues las decisiones tomadas

III.2.2. Políticas públicas, programas e instituciones que interactúan con la partería

La Comisión para el Desarrollo de los Pueblos indígenas (CDI), ahora Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) contribuye en la reproducción de discursos de respeto a las culturas y el dialogo intercultural a través de la difusión de materiales educativos que vislumbran la importancia de las medicinas locales en las comunidades indígenas y de difícil acceso.

Como varias parteras identificaron durante la investigación, PROSPERA, antes Oportunidades, trabaja en conjunto con ellas a través de la promoción a la salud que puede ir desde una adecuada alimentación, hasta métodos anticonceptivos y lactancia. La identificación de programas como PROSPERA que son paternalistas y que a través de incentivos económicos han cambiado prácticas culturales, como la atención con partera para el embarazo y parto. Y aunque reúne a las mujeres en un espacio, en estos estos no existe introspección o reflexión, si no que vuelve dependientes del incentivo económico para atender la salud.

Actualmente, se dio un cambio de gobierno hacia una ideología de izquierda y con ello se pretende cambiar las maneras de ver los programas, tal es el caso de PROSPERA, del cual se eliminó y se implementaron las becas Juárez, las cuales brindan un apoyo económico durante cierto tiempo para los niños y jóvenes, y ya no se encuentran supeditados a asistencia forzada a citas en centros de salud.

Dentro de las normas, la Secretaria de Salud, la NOM-007-SSA2-2016 como una parte de la transformación, en la que está la búsqueda de la reducción de casos de violencia obstétrica, esto como parte de los compromisos adquiridos internacionalmente, ya sea la UNFPA o como parte de los objetivos adquiridos en los ODM, ahora ODS.

En el documento emitido por SESA a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y otras Guías, como la Guía autorización parteras tradicionales, refleja las características que impiden una relación intercultural. Y mucho de ello tiene que ver con el deterioro de los servicios de salud con la creciente demanda de los mismos, la falta de capacidad técnica para identificar atención de riesgo y normal en el embarazo y la armonización de los servicios de los servicios. Pero en el diagnóstico lo que más importa es el cuarto, que es lo que permitiría un servicio intercultural, la competencia cultural en los servicios, que suele ser un impedimento que no permite un servicio de calidad y suele alejar a las mujeres embarazadas (Secretaria de Salud, 2008).

Si bien las políticas y programas desde hace años encuentran que una relación intercultural no solo es beneficioso para el sistema Institucional y reducir las muertes maternas, si no que las parteras a la par tendrían el papel de atención que se refleja en estos programas buscando el acompañamiento que ayudaría a reducir el estrés durante el proceso y aseguraría estándares de pertinencia cultural.

Cada uno de ellos desde sus ámbitos asegura la forma de que las mujeres lleven a cabo el parto a término, si esta articulación se da de manera pertinente permitirá una reducción de

saturación del sistema de salud, el lenguaje cultural permite una armonización para las mujeres y familiares, por lo que las certificaciones o evaluaciones a parteras con una homologación, que haya una relación horizontal entre ambos sistemas creando un dialogo para su funcionamiento.

Los departamentos de Salud que pudieran tener una estrecha relación con las parteras son el Departamento de Calidad en la búsqueda de Parto Humanizado, con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y en los Departamentos de Salud Materno-Infantil, no como un auxiliar en la institución, si no como una parte fundamental de la atención intercultural.

Como resultado de la inclusión de las parteras a una certificación culturalmente pertinente cuando ellas mismas determinen las condiciones para estas certificaciones, para ello debe tomar en cuentas las realidades que viven las parteras para que la certificación no sea algo impuesto externamente; derivado de ello permitirá la mejora de la salud reproductiva en el estado de Quintana Roo, que a pesar de no ser de los principales focos rojos en el país, se encuentra en los estados con mayor población indígena con rezago en la salud y contribuiría a la del municipio de José María Morelos, que ya es un foco rojo en muertes maternas en el Estado, en la evolución del año 2017 al 2019 las muertes maternas han ido a la baja, pero esto no debe parar las acciones para mejorar la salud materna (Ver Fig. 2, Fig.3).

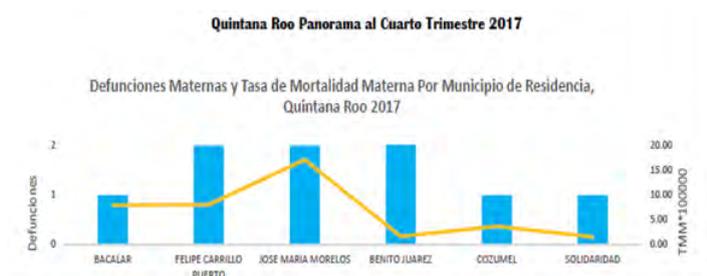


Fig. 2 Muertes maternas en Quintana Roo por Municipio

Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica. Octubre a diciembre de 2017



Fig. 3 Muertes maternas en Quintana Roo por Municipio

Capítulo IV. Historias de vida: Entre la resistencia y el olvido

Las historias de vida abajo descritas de las tres parteras en José María Morelos, no solo han participado activamente en la investigación, sino que son las sabias de la localidad, aconsejan, acompañan y son conocimiento vivo y actualmente mantienen la partería latente.

Estas son narraciones describen acontecimientos en la vida de cada una que se entrelaza y deja entrever las inequidades del modelo de salud, las condiciones de pobreza y marginación y las dificultades de ser mujer indígena en un contexto machista y en el que el MMH es el que determina las reglas.

Las mujeres que narran las historias no solo son parteras, son madres, abuelas y consejeras que llegan a cierta edad con ciertos padecimientos y que vislumbran que la condición como partera les ha dejado una carga emocional y física que al final de los días de la edad media o de adulto mayor suelen ser relegadas o marginadas.

Sin embargo, el conocimiento que portan es ancestral y la insistencia de investigaciones desde las ciencias sociales para retomar la partería es para que sea una práctica que no quede en el olvido.

Los nombres de estas mujeres son Rosa María Cime Xicum, Carmen Tadeo Canales y María Luisa Bacab, quienes no son originarias de la localidad, pero que han ayudado a la construcción de la misma y que narran la historia también de otras parteras que ya no ejercen o ya no se encuentran presentes, pero que para ellas no debe olvidarse porque el conocimiento que aportaron es valioso para las siguientes generaciones y que funciona para una atención a la salud de las mujeres y niños con calidez humana.

Rosa María Cime Xicum

Soy de San Marcos, Quintana Roo, nací en 1955. Cuando yo vivía ahí era una rancharía y había como 20 personas. Desde que crecí empecé a trabajar afuera y me casé, estuve de aquí a allá hasta Chetumal, a Tabasco y otra vez a Chetumal.

Me case a los 21 años, no fue una vida normal, hubo muchos problemas y al final nos separamos, cada quien por su lado. Estuve 20 años casada y tenía 41 cuando empecé a vivir en José María Morelos. Empecé a trabajar como partera a los 24 años.

No aprendí de una persona a ser partera. Mi hermana tuvo una emergencia en Bacalar y me habló para que yo la ayudara con el parto, no encontraba a la partera y mi cuñado estaba enfermo. Al día siguiente que ella se alivió, mi cuñado entró al hospital, se había pasmado los pulmones. No había nacido su bebe cuando se había enfermado mi cuñado. El día que ella estaba dando a luz mi cuñado había empeorado. Un día como hoy nació a las 12 de la noche la niña, al día siguiente como a las 5 de la mañana estábamos alistando a la niña para llevarlo al doctor, ahí se estaba quedando; todo fue por quemar su milpa y comer papaya, la papaya y la piña es mala cuando uno está caluroso y te pasmas, empieza como una tos seca, no se te quita y ya no puedes respirar.

Le ayude a mi hermana a ver su parto, al principio si me dio miedo y la “tripita” es la que no me gustaba. Pero nació normal mi sobrina y sin ningún problema en su casa. Llegue y no sabía nada de partería. Ya había tenido a los míos, pero en el hospital, porque mi primer hijo se murió adentro y el segundo vino sentadito y no se acomodó y cuando nació ya estaba muriendo.

Me mando a buscar con mi sobrina más grande y me dijo que fuera a buscar a la partera. Fui con el papá de mis hijos y regresamos para decirle que no estaba la partera y me dijo que ya se iba a aliviar, le pregunte ¿Ahora qué hacemos? Corría para allá y para acá y yo no sabía qué hacer y me dijo que yo le iba a ayudar, pero ¿Cómo? ¿Yo que voy a saber? Me dijo: “Tú me vas a ayudar. Mi suegra no quiero ni que venga”

Le dije: “Bueno, pero tú me dices porque yo no lo sé”. Y como todos sus hijos los había tenido así con parto normal con partera y ya era su cuarto parto estaba tranquila, pero yo no buscaba que hacer, corriendo para acá, corriendo para allá ¿Qué hago? Cuando de repente me dijo: “Mete la cobija acá”. La meto a donde me dice y que no fuera a dejar que se caiga el bebé. Dije: “Diosito ayúdame, esta cuestión no me gusta y nunca lo he visto”. Y de repente me dijo que la agarrar, pero no sabía cómo, así que me dijo: “Mejor yo solita” Se colgó de la hamaca y salió la niña, me dijo: “Ahí está, no la vayas a tumbar” La pobre estuvo hable que hable en ese parto para dar las instrucciones.

Agarre al bebé con la cobija, cuando me dijo: “Ahí viene su compañero” Ella se refería a la placenta, me dice quítamela de allá y ponlo por el brazo. Quite a la niña o lo asenté a un lado y con la misma metí el trapo que ella me pidió. Me dijo que lo limpiara rápido y que cortara el ombligo, me explico que se miden dos dedos primero y se aprieta y luego mides otros dos dedos y lo aprietas para cortarlo; después de cortarlo se quema con el alcohol, pero hay que tener cuidado con su barriga. La puntita de la tripita la metí en el alcohol, luego le metí el cerillo y luego que se chamusco un poquito lo agarre con el trapito para que quedara con aceitito en su ombligo. Me dijo que ya lo podía bañar, que había agua caliente en el fuego.

Lo volví a asentar en la cobija. Yo ya había puesto la placenta a un lado en una bolsa. Mientras iba corriendo a buscar el agua, medí el agua que ella me dijo embroque a la niña en mi mano, la bañe rápido, la seque y la arrope bien y se lo deje a ella. Y le dije: ¿Y te arreglo a ti? Y me dijo: “No, tu no me vas a venir a ver otra vez, solo dame el trapo” Y le coloque los trapos como ella me dijo. Me pidió que hiciera el huevo que había dejado en la mesa y que lo hiciera con chocolate, ese huevo se licua y le dicen ponche; se preparó con agua de canela, lo puse en la jarra y le eche un pedacito de chocolate, le eche la leche y revolví el huevo bien que hasta salió con espumita, se lo di calentito y se lo mando. El ponche sirve para que no sangre, mi hermana me dijo que cuando tuviera un parto difícil y que está sangrando, me dijo que le diera eso,

aunque es normal la mancha. Mi sobrina tiene como 34 o 35 años ahora y ese fue mi primer parto. El segundo fue con una vecina.

Aprendí con el paso del tiempo. Una vecina me llamo después de unos 6-7 meses del primer parto en Bacalar, me dijo: “Rosi, sóbame”. De sobar yo ya sabía sobar. Aprendí sobándome a mí misma porque se sentía que me sobaban y no me podían sobar, me daban calambres. Me ponía en el piso y me ponía a jalarlo y a jalarlo, no me daba miedo porque no lo hurgo duro, si no despacio y lo vas colocando.

En mi segundo bebé desde que empezó a crecer sentí la cabecita, yo decía: “Como que no viene bien” y mi tía me regañaba: “¿Cómo vas a decir eso de ti misma? No tienes nada, ve a pedirle a Dios que este bien” Le decía que lo tocaba y lo sentía boludito y sentía que la cabecita estaba así de ese tamaño. Paso el tiempo y le dije a la partera que venga a sobar y que no se podía, al momento que me agarra acá me pego la levantada que hasta la espalada se me fue, le dije que lo dejara porque me dolía. Así que me decía que solo me iba a sobar la espaldita, ponía de espalda y me sobaba. Me dolía mucho, me jalaba y no se me quitaba.

Me pasaba más de media hora en el piso, hasta que sentí que ya se acomodó y pude mover mis pies, no me dolía, ya me podía levantar. Los bebés se encajan y se clavan en los huesos de la pelvis o por las caderas y ahora me doy cuenta que al empezar a hacer un movimiento es cuando empieza a doler; a veces se clava su codo o su rodilla y cuando uno quiere caminar eso está estorbando. Y duele porque no puede moverse solito y cuando esta encajado no tiene el mismo movimiento, está imposibilitado a moverse. Yo creo que cuando se intenta mover le duele porque esta majado una parte de él. Por instinto comienza uno a sentirlo y lo acomodé, así aprendí a sobarme.

Me sobe todo el embarazo del segundo, del primero pues no porque cuando ya me quiso dar dolores era porque ya se estaba muriendo. A las 5 de la mañana como un retorcijón de disentería y a las 6 de la mañana ya se estaba muriendo. Si sentí cuando se murió, sentí tiesa mi

barriga y como que algo se cayera sobre mi cabeza y se partiera en dos, luego quería caminar y no podía, sentía mis piernas débiles; 3 días tarde así. El ultimo día sentía de a de veras, decía siéntame, parame, acuéstame, quiero caminar y no puedo, quiero levantarme solita y no puedo, como que ya no tiene fuerza mis huesos y mis uñas como que ya están pintadas de morado y cuando llego el doctor le dice a mi tía, que me fue a cuidar, porque mi mamá estaba enferma: “No doñita, esta muchacha se va para Mérida hoy”.

Yo estaba en Peto, tenía 22 años. Le volvió a decir el doctor: “La arregla que se va para Mérida”. Todo esto fue al año siguiente de casada, estaba bien jovencita, yo que iba a saber que era un parto y mi mamá no era de las que se sentaran a platicar sobre parto, a mi tía le preguntaba y me decía: “híncate, te lo confieso”. Nomás me dijo eso y yo no sabía nada. Ya después entonces gracias a Dios no me llevaron a Mérida, me habían puesto los tres días con suero, me pusieron fórceps, ya tenía los 9 meses de embarazo, el 19 de mayo empecé y el 21 paro. El 19 en la noche nació y yo decía: “Diosito santo quítame de esto, porque ya no aguanto, quítamelo, señor”. Hasta de los santísimos reyes me acorde, aunque no los conocía.

De verdad de Dios que al llamar a los santísimos y a la virgencita me dieron ganas de orinar. Le dije a mi tía: “Llévame al baño” Ahí en el hospital estaba en Peto, me llevaron arrastrada y me sentaron en la taza, en el momento en el que me sentaron en la taza yo le pedí a Dios y a todos los santitos que me ayuden, clarito sentí como que alguien me apretó. Y dije “Cristo Rey algún día llegare con usted, por el momento no los conozco, siento que me voy a morir”. Sentí como que alguien me apretó y sentí ganas de ir al baño, pero no era por donde creí, si no que me salía algo por allá y me toco y le digo a mi tía: “Creo que está naciendo el bebé”. Pegue el santo grito y las enfermeras me llevaron como comida de hormiga.

El doctor me dijo: “No pujes”. El doctor iba entrando para que me trasladaran y ya no me llevaron, me decía el doctor que no pujara, pero yo sentía que me estaban jalando, que me empujan y sale. Yo dije: “Diosito lindo, gracias, no tuve necesidad de intervención”. De allá

pasó, pero me quedó una pestilencia como a muerte. Dice el doctor que desde que sentí que cayó algo en mi cabeza, el bebé falleció. Pues paso todo eso, me quedo una pestilencia y me quedo una bola de este lado. Diario me ponía hielo para calmar el dolor. Y mi tía lloraba y me decía: “Ay hija, quien sabe si vuelvas a tener hijos”. Yo le decía: “Dios sabrá”. Pero yo estaba tranquila, eso a mí no me preocupaba, no me desesperaba; lo que me desesperaba era cuando lo tenía adentro y ya no podía yo. Pero doy mil gracias a Dios porque me habían dicho que en pedazos me lo iban a sacar, a la hora de la hora, no.

Las enfermeras me espantaban, creo que veían que era una chamaca al lado de ellas y me espantoteaban toda.

En el hospital estaba con mi tía y mi suegro, porque mi marido se le hincho la boca y lo tuvieron que internar porque le salió sangre por la nariz, al mismo tiempo; eso fue desde que se murió el niño, después de que me alivié se le reventó la sangre en la nariz y se le desinfló la boca. ¿Por qué paso? No lo sé, eso nunca lo supimos.

Después de eso tarde con 15 días inflamada por la infección en el hospital, me ponían lavado, ampolla, me ponían suero, de ahí amenoro tantito el dolor, me inyectaban, pero no se me quito y me dieron de alta. Me llevaron a Dziuche en la casa de mi abuelo en donde vivía por mi parto en 1977. Mi tía hacia cocimientos de hierbas era claudiosa con la vicaria blanca, hacia el cocimiento y le echaba el polvo de terramicina y me daba lavados. Con eso vine a quedar bien, que medicina de doctor, ni que la nada, en menos de 5 días yo ya me podía parar, cosa que en 15 días del hospital no pudieron. La vicaria y la claudiosa con para infección y para desinflamar. Con bitoque y retocador y una manguerita me subía al manga de la hamaca y lo meto. Salían trozos de sangre podrida.

En el hospital me limpiaban, pero no me lavaban. Y cuando me paraba salían trozos grandes que parecían hígado cocido, apestaba a rayos porque el ser humano tiene más olor que los animales. Pase todo, porque en las noches antes no podía respirar, tenía que dormir medio

sentada, me dejó muchas infecciones ese embarazo. Paso el tiempo y ya podía caminar y un día me encuentro a la que era enfermera en Dziuche y me pregunta: ¿Rosita como sigues? Y les respondí que ya estaba mejorando, después de eso me dio unas vitaminas para que yo tome, me dio una bolsita con las pastillas y yo digo que era hierro porque tenía sabor a óxido y me las tome.

Después de año y medio me di cuenta que ¡me volví a embarazar!, después de que mi tía había dicho que ya no iba a tener hijos; a los dos años y medio y esa criatura, nace otro. Por eso desde la primera criatura decidí sobarme, además sentía que venía mal, sentía que desde que pego no se pegó bien y venía sentadito, hasta que murió. El segundo nació vivo, pero no puedo decir que paso, me picaron y todo. Dice mi comadre que nació y que yo me duermo, pero me desmaye y dice que al bebé le gorgoreaba la nariz y que en vez de que le saquen la flema, le pusieron oxígeno y se murió mi bebé. Le dije que si no era para mí ¿Qué puedo hacer? Ni modos que me la pase llorando, no lo voy a recuperar, y así quedó.

De ahí a los 3 años me vuelvo a embarazar entonces, dije: “Diosito lindo si estás dándomelo para quitármelo, mejor no me lo des, hasta aquí déjalo”. Pues no, me vi hinchada de los pies, me vi tendida en mi cama, pero gracias a Dios nació mi bebé y vino bien chiquitito, los primeros vinieron de 4 kilos y medio y medio metro de largo. Y el que se quedó nació chiquito de 2 kilos trescientos, nació con sus ojitos cerrados, y hasta las 3 o 4 semanas de nacido abrió sus ojitos y el doctor Zetina de Chetumal que tenía su empresa de material de construcción donde trabajaba el papá de mi hijo, ese me atendió en el hospital Morelos.

En ese entonces ya me habían llevado a Chetumal, porque ya no me quiso dejar por acá, porque ya había perdido dos criaturas y me llevo para allá, dijo que pensaba que por estar cerca de mi familia me iba a ir bien y que ya vimos que no. Allá en Chetumal estuvimos los dos solitos, llego el momento del parto, me llevo al hospital y gracias a Dios nació el bebé normal, me masajaba, me chequeaba en el doctor y sentía que el bebé estaba bien, era 1983, para ese entonces tenía

como 28 años. Y le dije que a pesar de todos los problemas el nació bien, porque mi segundo hijo antes de que naciera ni dolor tenía. Me hinche, mis riñones y tenía que colgar mis para arriba, no podía caminar; pero gracias a Dios el día de mi parto nació bien. Lo único que me preocupaba era que no abría sus ojos y que trae las gotas ese doctor de Belice y me dijo que tenía que echárselas, pues el día menos pensado vimos que tenía abierto sus ojitos, solo le quedo la marca, no sabemos por qué. Fue bueno porque el doctor nos dijo que si seguía así teníamos que trasladarlo a Mérida para hacerle estudios de por qué sus ojos estaban así. Lloraba y rezaba para que todo saliera bien. Los abrió y hasta la santa fecha.

En total tuve 4 hijos, un niño que nació bien y luego una niña. Empecé a masajear por mi hijo cuando tenía 5 años, aunque aprendí a los 24 con mi hermana y con mi vecina, las sobaba, pero no las cerraba. Luego me iban a buscar y me pedían que las sobara, pero les decía que no y me convencían para ir luego, eso fue en Bacalar, luego nos pasamos a Chetumal y de ahí de nuevo a Bacalar y hasta nuestra separación estuvimos ahí, hasta que nos separamos me vine para acá. Ya de allá, empezaron a venir sus familiares de él, que venían de Melchor Ocampo, que en ese entonces no había carretera, tenía que salir antes de que se aliviara o ir a Bacalar y como son gente de escasos recursos y pues en ese entonces no había apoyo para el hospital, tenía uno que pagar y en eso llegaban a la casa y cuando se le ocurría que ya iban a tenerlo venían en la madrugada, y ahí me quedaba pendiente con ellas. Recibía yo a los bebés con menos dinero, de ellos creo que recibí 4 o 5. Cuando llegaban de emergencia las atendía, si llegaban mes o mes y medio antes las sobaba dos veces.

Para saber cómo viene el bebé se toca la barriguita, al sobarlo empieza a moverse la criatura y sientes la cabecita. Precisamente ayer estaba sobando a una como a estas horas, venía a travesado, por un lado, sentías la cabecita y del otro los pies, trate de girarlo, pero ya está grande y desde que pego, así pego y la mamá no se presta para sobarse, son personas que no les gusta que las soben, no confía porque le medico les dice que es un embarazo de alto riesgo, que no

necesita masajes y ellas obedecen. Y mientras al momento del parto tienen más problemas, hay unas que han venido al momento del parto que me dicen que de su primer hijo al momento que las abren y que lo sacan sienten que les arrancaran la espalda, el bebé tiene movimiento, pero se les pega de un solo lado, yo eso les digo. Me dicen que vivían en tal parte y que les echaban miedo, que no deben de estarme sobando porque puedo perder mi bebé y que evite eso si no quiero perder mi bebé y por eso me hicieron cesárea, desde eso que tienen miedo, por eso ya no van a que las soben y se los acomodan.

A veces está bien encajado y se los subo, los empiezo a tocar para ver como está, a veces no está como debe de estar, por eso da mucha lata, les duele caminar, sentarse, acostarse, sienten que con el movimiento de la criatura les raja hasta la espalda y pues, les falta la sobada para acomodarlo y recogerlo. Al momento que uno lo va jalando, solitos ellos se van acomodando hasta que ya cuando lo jalas así nomás y ya.

¿Cuántos partos he atendido? Uh, ni me acuerdo. De los partos que he atendido, en un mes podía atender hasta dos o tres, había veces que uno, había veces que ninguno. De eso atendí como por 20 años, porque la muerte de mi nuera me pegó, de eso ya tiene como 17 años, mi cuerpo se descompensó, me dio como parálisis facial del dolor, se hincho mi pecho, bueno, no se entiende pues y se quedaron sus criaturas de 5 años. Dice su mamá que tenía tres meses de nacida cuando se electrocutó, con el paso de los años se fue agravando, hasta que quedo postrada, hasta que su cuerpo no aguantó y se la llevó. Tuvo una parejita, eran gemelos, le dije que Dios se los dio para que los conociera y los viera a la cara.

Yo no tuve partera maestra, actué por puro instinto. Ni un curso, nada. El instinto que tengo viene de la naturaleza; eso es porque yo desde muy chiquita tuve sueño para curar, para conocer hierbas y curar hemorragias. De este lado soñaba que salía una cabecita morenita como las beliceñas, con pelo rizado, y mi mamá estaba muy grave, tenía mucha hemorragia; por eso

todos los días me iba a la santa Iglesia de allá, había muchas virgencitas y fui a pedirle que me levantara a mi mamá, que llegara alguien que le diera un medicamento, pero que sanara.

Porque yo tenía 7 años estaba enferma y empecé a cuidar a mis hermanitas, cuando cumplí 11 años seguía enferma. A los 9 años empecé a soñar eso. ¿Qué hago? ¿Sera que le doy, será que no le doy? Lo soñé así, así y así, hasta que me entro a la tentación, porque fueron varias veces que lo soñé y me mostraba que bejuco era para poderlo conocer, quien sabe cómo se llama, tiene las hojas medianas y el tallo del bejuquito es roja; lo herví y tenía como un color rojo sangre y se lo di, pero también me lo tomé junto con ella por si las dudas se moría mi mamá, yo también me iba a morir, para eso tenía 9 años y se lo di y gracias a Dios mi mamá empezó a quedar bien. Para cuando yo tenía 10 años, mi mamá ya empezaba a levantarse; cuando yo cumplí 12 mi mamá tuvo otro bebé, tenía otra hermanita de 9 y otra de 7. Nunca supe de que era la hemorragia que tenía mi mamá, yo descubrí que sangraba mucho pero no me decía de que es, los antiguos no son de decir, les pregunta uno y te dicen: Híncate y te lo confieso. Y entonces te daban, por preguntona. Todo eso era para no averiguar lo que estaba pasando.

Carmen Tadeo Canales

Nací el 16 de julio de 1957. En el momento en el que me volví partera tenía como 11 años, eso fue en 1958 con mi abuela de Veracruz. Mi abuela lo hacía y ponía a ayudarlo. Que, si vamos a buscarle un remedio casero, lo buscaba en el monte, en ese entonces vivía en Nueva Loria, atendíamos a mis tías, porque ahí donde estábamos era vil monte, no había hospitales. Y de ayudante le serví. Tuve tías que hasta 12 hijos tuvieron. En Nueva Loria puro así.

Mis tías se aliviaban. La primera vez que le ayude, ella me pidió: “Vente hija a ayudarme, porque con esto que estás viendo vas a ganarte tu tortilla cuando crezcas”. Pero para eso también a uno le tiene que gustar.

Muchos han venido a decirme que me ponen un consultorio, pero me gusta hacerlo natural, sin que nadie me presione. Estoy cómoda en mi casa. Que no tenga que ser presionada. Y cuando venga alguien a mi gusto voy a cobrar, no al gusto de los otros. Cuando venga alguien que no tenga dinero, está bien, ya lo sobé, no es nada. Ya cuando uno está instalado uno tiene que cobrar, a veces veo que lo estoy sobando y me da hasta pena cobrarle 100 pesos porque yo ya recorrí un camino en el que a veces no hay ni pa’ comer ¿Qué tal si no tiene? Y también te das cuenta cuando si y ya le subo un poquito, si no ellos solitos vienen y me dan. No yo lo voy a cobrar, si no ellos.

Si se está buscando para que sigan las parteras deben de hablar con alguien que venga y que aprenda para que siga adelante, pero al parecer ahora ya no les gusta. Le han dado mala fama, para eso está el doctor, eso lo hace el doctor.

Aprendí a los 11 años porque mi abuelita me dijo que yo lo aprenda porque con eso voy a ganar para mantener a mis hijos porque no sabía que suerte iba a tener, pero por lo menos eso iba a saber. Decía que fuera a conseguir plantas, que loa prendiera y fuera a buscar hierbas, que las sancochara y se las llevara para que se curara el parto y yo voy y lo hago, esa hierba era laurel.

Estuve 7 años ayudándole a mi abuelita y a los 18 me case, antes de eso atendía los partos de mis tías y hasta les ayudaba a lavar sus ropas, sobarlas, presarlas de todo su cuerpo a los 8 días ahí lo voy ayudando.

No sé cómo supe que me gustaba, no sé si Dios me lo tiene dado así, siento que me gusta, que me nace. Decía yo que estudiaría para ayudarle a otras personas, aunque fuera de enfermera ¿Y por qué estudio? Para enseñarle a los abuelitos. Bueno, así me vino la idea para que yo ayude a la gente. Pero de ahí me case y ya no estudie.

Mi esposo era de Tekax. Lo conocí porque mi abuelo era del Rancho (Nueva Loria) y compro un camioncito para cargar maíz y él venía de mecánico y ahí lo conocí. Yo no me acordaba muy bien, pero al tiempo regreso, me saco a vivir y me casé con él. Ahora sí que me escape, porque era muy estricto mi abuelo. Me decía: “No te cases porque él es borracho, mujeriego y cómo van a decir que el venga del pueblo y tu aquí en el campo, se va a burlar de ti, no sabes que es”. Y en el pueblo no buscaba mujer porque saben cómo es. Y como es el destino de uno, pues ya me fui.

Me fui a vivir a Tekax y no ejercí la partería, estuve allá como 2 años. Eso fue cuando tuve 20 años y tuve mi primer hijo y todo bien; ya después de ahí me quité y me vine acá (José María Morelos). Crie mis hijos acá. Como una está acostumbrada a trabajar pues agarraba un poco de lavado de la vecina, para distraerme cuando él no está. De ahí tuve otro chamaco y lo tuve yo misma. Mi terreno en abonos lo fui pagando, es aquí donde estoy. De ahí mande a hacer la primera casita donde ahorita estoy.

Él tomaba mucho y como él no pensaba mucho pues dije que yo tenía que pensar, obtuve mis cochinitos, mis gallinitas. En el camino un niño enfermo y lo sobo con la vecina, pero que él no sepa porque no le gusta que yo trabaje afuera de la casa. No le gusta que porque mientras él viva no quiere verme trabajar, me cuidaba de que yo no trabaje. Él sabía que yo sobaba, pero no le gustaba. Decía que, aunque fuera borracho, pero que tenía para mantener.

Me hice 14 años con él, tuve 4 hijos y entonces él se muere; de ahí comencé a agarrar lavado. Me levantaba a las 5 a lavar para mantener a mis hijos, porque yo dije que no iba a dejar que mis hijos sufran, porque yo soy la mamá y yo los voy a sacar adelante. Por eso empecé a lavar ajeno, empecé a tortear, para salbut, para panucho y así me la fui llevando. Estuvo así porque me imagine que si los mandaba con su abuela iban a sufrir lo mismo que yo. Mejor me quedo en mi casa y en donde me dejaron, aquí. Con la bendición de Dios yo lavaba, mientras que otro que cumplió 13 años le busque trabajo y ahora que no tiene clase se va a trabajar, a otro le buscaba un pequeño trabajo para que ayude.

Tengo ya 30 años sobando. Mi primer parto atendido ya grande vino una persona que me vino a pedir ayuda porque no tenía como, pero yo le dije que no podía atenderlo porque no tenía permiso de los doctores, me dijo que no era atenderlo, si no que fuera a que yo lo sobara, me dijo que fuera a su casa a que sobara a su esposa y yo le dije que de noche no voy, de por si no soy de salir de noche. Me dijo que me iban a traer a la casa otra vez. Yo ya le había explicado lo que lleva la atención al parto y al bebé. Pues resulta que compro todo lo que se necesita para atender el parto, él me engañó. Me dijo que no podía, ellos eran pobres. Me agarro la compasión y le dije que si lo acompañaba a sobarla.

Llego allá, la sobo y ya está viniendo el bebé. Le dije que yo no atendía partos, me dijo que atendiera a la señora y que él veía como le iba a hacer para pagarme; cuando le dije lo que necesitaba me dijo que ya lo había comprado. Había comprado el hilo, el aceite, todo. Pues tuve que hacer la sobada para que se acomode el bebé, calenté el aceite de olivo y lo puse en su barriga y en su parte para que sea más rápido y nació. Le corte su tuch, saque la placenta, salió todo. Me dieron mi chocolate y yo le dije que jamás me vuelva a hacer ese engaño porque yo no tenía reconocimiento del centro de salud y me podía meter en problemas; por eso le dije que si volvía a pasar que juntara su dinerito y que fuera al doctor. Porque como quien dice ya dijo que

le hice un favor y le puedo hacer otro, yo le dije que no, que eso no podía ser así. Y yo le dije que ya lo iba a ver, que esperaba el regaño.

El muchacho saco cita para registrar el nombre del bebé, hace 20 años y como soy conocida allá también. Solo cuando vino el del periódico y me dijo que fuera a hablar ahí con el médico. Me dijo que pasara, yo ya sabía que me iba a decir; me dijo: “¿Sabe una cosa? Usted fue a atender un parto con esta señora. Mientras que usted no venga a hacer sus cursos acá, usted no vuelva a atender partos, hasta que usted haga sus cursos aquí entonces si puedes hacerlo, pero mientras soba de aquí adelante. Soba, que no hay permiso. El parto es mucha responsabilidad, te va a traer muchas represalias, usted por hacer un favor, por ser buena gente y si le pasa algo a la señora, él no va a ver si te hizo un favor, él va contra usted, entiéndelo que por hacer un favor a usted le va mal”. Yo le dije que no iba a volver a hacerlo, solo porque él me llevó por esas causas, ya estaba allá y que para regresar a mi casa estaba lejos, pero que no lo volvía a hacer. Me dijo que solo porque me conocía que no lo volviera a hacer y que eso era todo.

Hace 20 años que no lo permiten, pero yo soy de sobar. Cuando vienen las personas vienen a que las sobe y que cuando ya vienen el bebé les digo que vayan porque el bebé ya está naciendo, que no esperen que se siente. Le digo que vaya y hable con la enfermera que su parto ya viene. Le pregunta la enfermera que como sabe que está aliviando, dicen que fueron a que la soben y que le dijeron ahí. Y si es cierto, rapidito alivian, porque ya les dije que vayan. Pero, al contrario, están contentos, porque saben que el parto viene bien, al menos en eso si confían los médicos de que el parto viene bien. Porque cuando uno soba cuando viene atravesado el bebé rápido lo sientes, se te encaja, lo acomodo y le digo que vaya con el doctor que viene el parto y que va a venir así, le hacen su placa y si, el niño viene atravesado.

Sabes que un bebé viene bien cuando vienen cada mes a que lo soben, sabes que lo estas acomodando, porque los doctores tampoco entienden, dicen que ya no vayan a que las soben. Habrá gente que así lo hará, pero cuando lo sobas sientes la cabecita, cuando lo sobas lo

acomodas para que se acomode, te vas dando cuenta si el niño viene bien, para eso lo sobas recto.

Para saber si es niño o niña, las niñas son una bolita, lo sientes cuando la sobas y además no se mueven; las niñas no se mueven pronto, se mueven como a los 3 meses. Cuando son flojas hasta los 4 meses, pero normalmente a los 3 meses se mueve y ya sabes que es niña. El varón esta de ladito y cuando comienza el mes empieza a estar parpadeando. Les digo que cuando vayan a sacar su parto, va a ser varón y así es, bueno así yo lo siento. Pones la mano en el abdomen y cuando yo lo sobo y siento que está latiendo, es un varoncito. Las mujeres son bolitas y los hombres están de ladito.

Hace poco sobe a una que tuvo un aborto y le dije que tuviera cuidado de no quedar embarazada, me dijo que no, que no iba a tener bebé. Y anda con un dolorcito después, me dijo que la sobara. La sobé y le dije que estaba embarazada, me dijo que se estaba cuidando y le dije que no sabía, pero a mí me vas a creer. Ella no se quedó con el presente y se fue a sacar sus análisis y está embarazada de 3 meses y ella no lo sabe, porque las niñas no se sienten. Ya ahorita tiene 5 meses, yo descubrí que estaba embarazada. Rápido sé cómo vienen las niñas, como vienen los varones y como se soba.

Esa muchacha que vino es de Naranjal, vino a que la sobe y con el niño que viene yo la sobe, ese niño tiene como 5 años. Y ese niño yo le había dicho que era varoncito. Ahorita no está embarazada, vino a que le sobe el cirro.

Es una tripita que viene acá (en el centro) y que cuando tienes hambre y tomas tu cosa fría y te mal pasas se sale la tripita. Es como la tripita por dentro del cordón umbilical. Es una tripita que cortan a uno y queda acá. Porque cuando te pasmas y tienes hambre, sale y empieza a lastimar; duele, ya mero se muere uno con eso. Luego comes y sientes tu barriga llena y tienes dolor, hasta que te soben. La señora que vino dice que ayer no sabe que comió rápido le dolió. Se soba para ponerlo otra vez donde debe ir. Duele porque se sale de su lugar, es como un tendón,

por eso al ponerlo en su lugar ya no tienes nada. Yo hasta los bebés chiquitos así, cuando se caen, al rato les da vomito. Va al doctor, le da medicina y, al contrario, les da más dolor, porque está tomando. Cuando lo sobas ya está, queda. ¿A cuánto chamaco así he sobado? A más de 100 chiquitos he sobado de cirro. No creas que viene solo gente así, viene gente así que tiene dinero, unos de acá cerca vienen y acá lo estoy levantando. A veces se caen, está llena y se lastima su barriguita, tiene que venir a que lo sobe. Lo llevan al doctor, no se compone, ya lo traen conmigo y rápido queda bien.

Para sobar uso aceite y con la mano de uno caliente cuando uno está sobando, porque hasta los dedos caliente, y por eso si agarro algo como hielo con mi mano así me duele.

A parte de la sobada de cirro, hay de embarazo y el de parto es otro, debes tener mucho cuidado, es más tener mucho cuidado, no es la misma que el cirro. El de parto lo tengo que cuidar. Hay otro que es para subir la vejiga y es cuando siente que uno que va a hacer del baño y al ratito vas y vuelves, eso quiere decir que esta baja, eso hay que subirlo. Lo que más piden es sobar todo el cuerpo, así vienen y se soba todo. También hay otra sobada que es cuando te alivias y ya no te operan, que viene el niño sin cortarlo, viene la persona y me dice: “Vine a que me sobé todo el cuerpo”. Ese que le sobe todo es que le acomoden los órganos, porque cuando uno alivia toda su matriz se baja, eso es porque uno hace fuerza y todos tus órganos se bajan. Sale el niño y después de 8 días vas para que te soben para que se vuelva a poner tu cuerpo, porque los huesos se abren de tu espalda, queda abierto de tu cintura, entonces vienen para que yo los sobe parejito y les dé una apretada. Esa apretada viene con una cinta que va desde la cabeza, hasta la punta de tu dedo, hasta ese entonces tus huesos vuelven a acomodar otra vez, no es solo sobar por sobar, ya luego esa persona se puede sentar, ya queda con la sobada.

Porque si a esa persona no se le soba se le quedan los huesos abiertos y da dolor, así cuando quieres hacer algo te duele tu hueso. Tu columna, tu hueso, tu espalda te duele porque se

quedaron abiertos. Apretándolo ya queda una vez más. Ya esa sobada es entera, esa es otra clase de sobada.

Tuve 8 hijos y de esos 8 me quedan 5. Las 3 nacieron con partera, los más grandecitos. Ya los 2 así en hospital porque ya no alcanzaba partera, como mis partos son rápidos, si cuando voy al hospital es porque ya están naciendo. Hasta dice el doctor que no tienes nada, que no tiene dolor, ni nada. Si tengo dolor, pero me aguanto. Yo ya sé, voy a lo que voy Cuando voy, voy con mi vaso de chocomilk con leche caliente, ya entro ahí y rapidito me alivio.

Mi hijo más chico tiene 24 años y el más grande tiene 41 años. Tenía 20 años cuando nació el primero. Una de las parteras fue de Tekax, porque no alcance a llegar al doctor, no llegue al hospital y nació en la casa con partera, todo fue rápido. Los otros dos aquí en la casa, los otros dos en el hospital y los otros pues son aborto.

Hasta ahorita yo le digo a mis hijos, ven a ayudarme, aprende lo que estoy haciendo y que no, que cansa. La más chica viene y me soba, pero no le gusta ayudar a sobar, solo me lo hace a mí.

No todo mundo quiere ser partera porque no les gusta. Cuando uno es partera es porque lo trae de nacimiento, vamos a decir que a la abuela le gusto, tu traes la herencia de la abuela, pues uno ya lo trae en la sangre.

El gusto que trae uno es para salvar las vidas de las personas y de los bebés, es salvar la vida de una persona porque si no hay un doctor, hay una partera y viene una persona y si no se atiende se va a morir ella y el bebé. Porque si el bebé tarda tiempo y no alivia porque no hay nadie que le diga: “Hazlo así”. Las parteras tienen el gusto de servir y ayudar. Es el gusto de uno de salvar a los niños, a la mamá, a la persona para que no sufran. Es algo que se siente, que está contenta porque ya salvaste a un angelito, a una señora. Porque de que se cansa uno para sobar, se cansa.

Dicen mami me duelen los dedos de sobar, pero tiene que hacerlo, porque de ahí viene.

Se ve desde cuando eres chico, como yo, de tantos bisnietos que tuvo mi abuela, lo llegue a aprender solo yo. Éramos como 40 nietos con mi abuela y solo a mí me gustó. Es como un don que te da Dios, les digo yo que a mí me hubiera gustado ser enfermera para atender los enfermos, pero no se pudo por falta de estudios. Pero Dios me dio el poder que estoy atendiendo sin que estén atendiendo porque con corazón lo hago.

Cuando me dicen que no estoy reconocida les digo que así estoy bien, porque si viene alguien que quiere que lo atienda le digo que, con todo gusto, ya tuve una salvación ahí, no estoy cobrando porque ya ha pasado, hay una muchacha que la sacaron y esta solita; hasta que quedo a los 15 días regresó a su casa. Cuando vienen luego así me dan dinero, pero más que nada es agradecimiento. Para ser partera hay que ser un buen ser humano. Es como un don de servicio.

Es como si viniera una pareja y me dijera que se está muriendo su bebé, si fuera una enfermedad que yo no pueda pues yo no puedo, pero si yo tengo poquito se lo doy, me dicen que está mal lo que hago. Les pregunto que si van al doctor y les doy lo poquito que tengo. Porque no puedo dejar que se vaya solo así sabiendo que tengo un poquito y que puedo hacer el favor.

Tengo como 44 años acá y no falta quien quiera molestar, pero yo no le he hecho nada, así que Dios los perdone, pero por mi forma de ser es lo que les molesta, pero yo no les hago nada, ni les digo nada.

Soy feliz siendo partera, porque siento que son como unos angelitos que yo estoy salvando y la mamá, sientes que Dios te está bendiciendo por todo eso, porque no los dejamos morir. La partera tiene que ser feliz con lo que hace, porque sabe lo que es, por eso no cualquier lo hace. Cuando atiendes a tus pacientes tienes que estar tranquila, atenderlo hasta los 8 días. Fíjate que todo eso lo da Dios, cuando tú te dedicas a tus rezos y a eso tienes que dedicarte. Es como ahorita estoy aquí, pero cuando voy a sobar sé lo que estoy haciendo. Cuando sobo a eso me dedico y cuando es mi familia hago un lado el trabajo y también les doy tiempo.

Cuando me preguntan las vecinas porque me levanto temprano si no tengo esposo, porque cuando uno no tiene esposo más tiene que levantarse uno temprano porque no hay nadie que te traiga, yo nomas escucho y si me levanto temprano es porque tengo dos trabajos, mi trabajo es sobar y mi trabajo es la cocina. Tengo niños que van a la escuela, tengo otros que vienen temprano y me ayudan a lavar los trastes y hay otros que no. Como ahorita, ya tendí mi lavado y me da tiempo de estar acá, ya me dio tiempo de hacer comida para los chamacos y hasta de sobar, no voy a estar pensando cosas, al contrario, cuando me vaya a dormir voy a dormir y no estar pensando cosas, eso hasta las 5, que es la hora a la que me levanto, esa es mi rutina. Eso es todos los días.

Hasta mis hijos me dicen que vayamos a pasear, que vayamos a dar la vuelta, siento que no me gusta estar paseando. Fui a cuidar a mi hermano, tarde 8 días y le dije que iba a ir a mi casa porque lo necesitaba. No soy alguien que ande de acá para allá, no soy de pasear. No ando de a gratis, estoy haciendo cosas, con todo lo que hago ni me alcanza el día.

María Luisa Bacab

Soy de Tekax, Yucatán y tengo 70 hasta el 9 de octubre. Tengo 14 cuando me casé, cumplí 15 así y tuve a mi primer hijo. Mi suegra me enseñó como sobar, todavía me recuerdo que me enseñó que debo estar atenta de la hemorragia y cómo inyectar. De antes yo no usaba ampulanela, solo hierbabuena y canela calentito, se pone sobre la candela queda calentito

Si está embarazada y cuando iba a ver mi primer parto preguntaba: Doña ¿Va a nacer bebé? Le decía a la señora para que yo lo cheque, pero primero mi suegra lo checo abajo y luego agarre mi guante y lo cheque. ¿Qué agarraste? Una bola así.

Una hora después ya lo checó, lo reviso yo igual cuando puja. Todavía no se me olvida, cuando comienza el dolor de uno 20 minutos, cuando te das cuenta cada 15 minutos, tarda el dolor de uno y cuando se da cuenta tarda 10. Luego cada 5 minutos, camina un poco acá, un poco allá, no da vuelta acá y regresa, no llega hasta acá. Ya no puede caminar, la subo a la hamaca y ya.

Tenía 28 cuando atendí mi primer parto, pero desde antes le ayudaba a mi suegra para atender partos. Mi marido me molestaba desde entonces porque lo veía y no le gusta. Lo hacía porque había mucha gente acá y pues los doctores no son como ahora, los doctores antiguos agarran curso bien, te preguntan cuántos cursos tienes, te preguntan cuántas personas va a meter, cuántos meses tiene, uno de 7, uno de 5 meses y uno está yendo para 3. Ya lo tiene en su libreta el doctor, está yendo atrás de ti, te mete en un cuarto así y acostaba a las mujeres, tenía que adivinar cuántos meses tiene, si soy chingona no le voy a fallar.

¿Usted ya está yendo para 7 meses, ¿verdad? Le digo, porque ya está grande su panza. La sobó poquito y lo siento muy bajo, cuando lo sobo lo hago, así como mi suegra lo agarro aquí abajo para que no se baje, le quito uno así y así se queda y lo subo un poquito y así se queda, me dice el doctor que ya lo adiviné y así se queda. La otra le meto hasta el tuch y cuando queda un

cuarto así me tiene dicho mi suegra, ahí está el ombligo de uno, ahí esta raso. Lo toque así y le digo que 5 meses tiene. Me dice: jach le atinaste.

Ahora así no se olvida, cada cuanto minuto tiene su dolor, se checa uno, no como ellos dicen ahora. Como dice ellos tiene 15 dilataciones, ¿Cómo lo va a saber con su dedo así? ¿Cómo va a calcularlo? Me dice una señora cuando viene que le dijo el doctor que todavía falta, que tenía 5 dilataciones, lo cheque y le digo ¿Cómo va a ser? Apenitas metes el dedo y cuando medio puja se sale todo así, cuando ya sabe se tesa todo así, cuando ya está tesando así es que ya viene el bebé y no falta mucho. Me dice que ponga mis guantes, me los pongo y la checo y le digo ¡Ave, ya viene! Le viene su dolor y se tesa todo, se revienta el líquido es que ya va a salir, brinca y cuando está saliendo el agua, pongo la tela y sale el bebé.

Y los habían retirado del doctor, que volviera a la una de la mañana, ya la habían retirado y le digo ¿Ves? Solo porque un taxista de acá cuando la vio le dijo que la llevaba con una partera, que era buena la partera, atiende a mi esposa, soba acá. Vamos con la partera le dice, que ella no sabía dónde y solo llegó acá. Estaba aspirando así y le digo que cierre la boca, que puje, cuando sienta su dolor y sale. Camino de acá para acá como 4 veces, dijo que ya se sentía mejor, se acostó en la hamaca y puse la tela, hasta en la tarde regresó.

Hay unos de Noj Cruz, está lejos, ya los retiraron, que hasta mañana a las dos entran al Hospital y se están subiendo al taxi, y solo porque agarraron una señora por allá y la bajaron en San Marcos, es ese camino que pasa por Candelaria, Othón, todo así., pero no llegó. Solo arrimaron la señora de San Marcos y que le cobró caro. Le dice el taxista que, si la doña es su esposa y ya va a dar a luz, le dice que si no escucha cómo hace la doña. Dice la doña que hasta mañana regresaba, que la iban a operar mañana. ¿Cuántos días llevan así? Vienen, se van, vienen y se van. Van con su tía de ahí de San Marcos. Le dice que la tía de Marcos es buena partera, que ella atendía a su esposa y a su nuera.

Les dice: Es buena la señora, vamos, yo te llevo. La trajo acá el taxista, se paró allá el coche y entraron. ¿Como iba a nacer si su cabeza estaba del otro lado? Tuve que sobar y jalar el bebé así, lo agarre con mis dedos, lo jale arriba y tuve que jalarlo abajo y le dije que le faltaba un poquito, tuve que jalarlo un poco más, lo subí y jale, empuje y ya quedó. Toqué a los lados y estaba suave, le dije que ya podía pujar, creo solo no alcanzó a subirse a la hamaca, mismo ahí donde tiene puesto me dice que no se puede levantar. Tiene requeté inflado, no tiene fuerza, ya iba a nacer su bebé. Que no iba a nacer, acomode al bebé, y tres pujadas hizo la doña, saque el kleen de esos cuadrados, puse la tela limpia y listo, tape a la niña. Estaban sentado su suegra ahí y su marido allá. Estaba bien hinchado su cuerpo, ¿Cómo iba a nacer? Tiene dolor, tiene dolor y no puede nacer.

Eso es porque hay doctores que meten y ¿No tocan su cabeza y ven que ahí no hay nada? ¿Por qué no lo checan ellos? Creo que no lo enseñan, no lo saben. Mientras tanto ya lo bañé, ya lo cambié, ya le quemé su ombligo y lo subo a la hamaca. Me dicen: Ya nos vamos a ir. Yo le dije que no, que esperara a mañana. Me dijo que el taxista la estaba acá, que la estaba esperando. Se puso su suéter, se puso su kleen y dice que no le va a pasar nada, dijo que se iba directo para su casa en Noj Cruz, está lejos, es de los últimos antes de llegar a Yucatán.

Llevo trabajando como partera como 45 años, puedo decir que no cualquier es partera porque tienen miedo, porque me han dicho que tienen ganas de aprender cómo nace y le dije que venga cuando nazca uno, le mando mensaje, entra y se queda tiesa, me dice: Ya no se va a poder Doña Luz, ya no aguanto, tengo miedo. Tenía un bebé chiquitito. Igual vino una muchacha de 32 años que está estudiando, no tiene bebé, pero que quiere aprender, no aguantó, esa fue la última de las señoras que quiso aprender

Hubo también una muchacha, es la mediana así, dice que lo va a aprender, le dije que estaba bien, que yo le iba a enseñar. Le dije: Dale chan hija, ya viene el bebé. Pero ¿No lo vas a soltar? Me dice que no, si lo voy a aprender me dijo así. Cuando quiso agarrarlo así, dijo la

muchacha que no va a nacer en la hamaca, que, en el piso, ponme la cobija. Puso la cobija, cuando viene el bebé le digo que acá lo va a recibir, no en cara de su hija. Dice que está viendo su cara si está pujando, le digo que va a saber si está pujando si ve su parte, no su cara. Cuando quiso nacer el bebé se quedó viendo la señora la cara de su hija y tuve que poner mi mano así también, la puse porque me da miedo que la señora por estar viendo la cara de su hija no lo agarre. Esta pujando así y salió le bebé.

Le dije que no tenía carrera de partera, porque no es ver la cara de su hija, es ver cómo viene el bebé. Me dice: Máre no, tengo miedo, me dice cuando veo que está naciendo, estoy temblando. Solo ellas vinieron, no más, pero no siguieron, les dio miedo, por eso no hay muchas parteras porque igual ahora mayormente puro cortar, pero eso también les da miedo porque no les dicen la verdad de como viene, solo se corta al bebé y ya. Cuando nace el bebé no vas a trabajar, no vas a tener fuerza, porque no hacen ejercicio, puro acostarse en la hamaca, por eso se cae su fuerza.

Hay una señora que lleva años vendiendo saborines, cuando nació su bebé fue rápido. Cuanta fuerza tiene en su matriz. La señora me dijo que pensó que no iba a nacer, no fue con el doctor. Yo le explique como viene el líquido blanco, luego viene el rosado y que como gelatina viene pasando, es que el dolor viene más fuerte, después puja. Cuando me hablo cada 15 minutos tiene su dolor; cuando llegué cada 10 minutos, dice que le duele. Le dije que ya estaba bajando su bebé, me dijo que estaba bien. Le dije que ya podía pujar y nació su bebé.

La señora más grande que atendí tiene 5 hijos. Le dije que me daba miedo atenderla y dijo que la atendiera. Está acostumbrada a andar sin ropa, vive a la orilla de la carretera, me dice que puro niño tiene, le dije que a ver si está no era la niña. Me dijo que la sobara para ver que era, porque su panza está muy chica. Cuando se encaja de este lado es niña y del otro es niño, las niñas son una bolita, no lastiman, en cambio los varones vienen largos y se te encajan en las

costillas. La atendió mi suegra y le dijo que, si le parecía bien que le ayudara su nuera, ósea yo, y dijo que si la Doña.

La señora así tiene 58 años ahorita, su niña yo la recibí. Venían dos, cuando viene el primero no está mi suegra para que me explique cómo voy a atenderla. Le presunto como está a la abuelita y me dice que está más fuerte su dolor, que está sudando. Me dice que la cheque para ver cómo va, la cheque y le digo que ya está viniendo. Le digo que falta poquito porque siento su placenta. Me puse a preparar mis cosas en la silla, hasta la tijera de mi difunta suegra, tiene sus herramientas. Yo entonces le rogué a Diosito que me ayude para que todo salga bien, tenía miedo de que se atore y se muera el bebé, cuando le pregunte que si tenía dolor salió el bebé, ni tuve que agarrarlo con la tela como me dijo mi suegra, lo volteo con fuerza en mi pierna, lo embroco en la hamaca. Le saco el moquito con la perica.

No sabría decir cuántos partos ya atendí, ya son muchos. Pero ya no es como antes, antes viene dos a la semana, ahora menos. Antes venían porque estaba barato, ahora no porque tienen miedo, que, porque les puede pasar algo, por eso ya casi no vienen. Hace dos meses vino una de Saban, 8 días viene una de Noj Cruz y hace como un mes uno de Puerto Arturo y uno de San Felipe. Las de acá de Morelos a veces igual vienen, pero vienen cuando se embarazan a que las sobe, pero hay muchas que sobo y no yo las voy a atender, se va con el doctor, yo no las voy a obligar.

La de Saban yo no la sobe, vino a que la sobara y aquí nació, una de Noj Cruz ni yo la sobé, pero llegó a que la atendiera y de Puerto Arturo nunca lo sobé. Antes como 8 partos por mes, atendía muchos, ahora como 2. De Nueva Esperanza venían mucho a que las sobara, una señora 4 nueras me trajo para que yo las sobe, a esas muchachas yo las conozco, yo las atendí para que nacieran.

Yo, por ejemplo, tuve 13 hijos y 9 me viven, 7 de ellos los atendió mi suegra y los demás yo solita. Cuando mi hija que trabaja en el mercado iba a nacer puse la caja con candela puse a

calentar mi agua, puse que no está caliente, junté mis cosas. Yo no tengo a mis bebés en hamaca, así en banquillo quita mi dolor, así me sobo, tengo mi banquillo especial, bajo mis nalgas y la hamaca está cerca, la agarro del brazo, me agarro y pujo, abajo hay piso, pongo nylon y la cobija, pujo y sale, cuando baja lo embroco y lo limpio con una tela limpia, primero su boquita, luego su naricita, agarro con mi mano la candela y meto mi mano y saco la placenta, ya termine. Pero el cordón lo amarro para que no siga saliendo sangre así, corto con la tijera y me unto la sangre, para que la mujer no quede muy pálida.

La placenta de antes se enterraba en la candela, se entierra y cuando lo va a necesitar es ceniza, se calienta con el agua y con esa voy a lavar mi cabeza para que no se caiga mi pelo. Así estuve 8 días, tengo puesta una tela para que no me moje, estoy impuesta a darle chuchu a mi hija y la acuesto en la hamaca, no la voy a dormir porque tiene su boca, pero lo bueno que no salieron chechones.

Nació otro y le doy chuchu, luego nace otro y lo dejo en la hamaca, me pongo a barrer, a lavar trastes, le digo a mi hija que vaya a ver el nixtamal y que si quiere vaya a ver a su amiga, no la va a ver dos horas, va media hora y viene con el molido, viene con la niña, uno hace chuchu cuando se va y mientras cuando llega otro está haciendo chuchu, a mis hijos nunca se los quite, no pasan dos años y viene otro bebé.

A mi esposo antes no le gustaba que yo fuera partera, pero de repente lo regañaron por su mamá. Se va a taxear y yo me quedo en la casa, estuvo cuando saque mi papel para atender parto. Y creo que por todo lo complicado no quisieron mis hijos aprenderlo, solo la hermana que aprendió a sobar, pero no quieren aprender todo. Mi mamá era partera también, pero aprendí de mi suegra, no me enseñó mi mamá cómo lo hizo porque mi suegra tiene paciencia De antes, mi suegra ponía aceite de olivo para recibir al bebé, esperando a que llegue el bebé con el tiempo que se requiera, porque ahora te quieren cortar por todo ahí abajo. Ahora que lo pienso así nunca

le pregunte cuando aprendió a ser partera porque de antes no podías hacer preguntas, solo sé que atendió a mucha gente

Después de 8 días las acuesto y desde la cabeza vamos amarrando, apretando hasta llegar hasta los pies. Esa sobada se llama *kack beech* o apretado. En otros casos como en la sobada para cirro es por lo que más me conocen, pues dicen que van con otras que solo les mueven la barriga. Para saber si es niño o niña cuando sobas de diferente lado, lo sobo igual que los otros, con aceite de olivo. Ahora en los partos las mujeres sangraban un poco con el parto, ahora casi no, más sangra el gato dando a luz que la doctora. Me dicen las muchachas que no me asusten que no tiran sangre, ahora las muchachas se levantan en dos o tres días.

No solo atendemos a mujeres embarazadas, también les decimos como limpiar su chuchu y cómo deben limpiar al bebé, cómo limpiar su ombligo; pero también me preguntan cómo pueden tener un bebé, una señora me dice así que 9 años tiene su chan bebé que quiere otro bebé y ya le dije que le daba medicina para el pasmo, no es la medicina para que baje su regla, esa no es, es otra, lo toma y listo.

¿Saben que pasa con atender señoras? Que está pesado así, el otro día me regañan en el registro de los bebés, que por qué me lo llevo. Porque la mera que se había ido a Chetumal sabe que yo soy partera, muchos varios yo los mando acá porque yo no los obligo a parir conmigo Si no tienen miedo de parir conmigo las atiendo. Así una mujer en el Hospital tiene su dolor y le dicen que por qué no los checan que se revise con la partera. ¿Es culpa mía? Ni una vez sobe a la Doña. Le pregunte si iba a ir al Hospital y me dijo que no, ahí nació el bebé y se fue a su casa. Igual tengo 4 credenciales de que atiendo parto y así cada 3 años lo renuevo. Siempre voy yo al Hospital, nunca doctores vienen acá a vernos. Pero para mejorar ese programa no ven que muchas mujeres están muriendo en el Hospital, luego no pueden atender a tantas mujeres y bebés Necesitan que las enfermeras y doctores del Hospital estén mejor preparado que una.

Y si me pregunta por que ya no hay parteras certificadas es porque ya murieron y ya no hay jóvenes, ya no lo quieren aprender. Las jóvenes tienen miedo, y lo que se puede hacer es que una les enseñe y aprendan, pero no es enseñarles de a montón, es que una le enseñe a otra y que ellas quieran y tengan las ganas

Análisis

De las historias de vida las mujeres expresaron que la partería funge como una practica en la que salvaguardan la salud de las mujeres de manera integral, pues si bien pueden dar medicina tradicional, sobar y hacer masajes u otras técnicas, el acompañamiento de los procesos de embarazo, parto, puerperio, enfermedad más allá de ser un malestar físico también repercute en lo psicológico, emocional y social.

Aunque dos de las parteras no ejercen el recibimiento de bebés como solían hacerlo, aseguran que son parteras debido a un compromiso con la salud de las mujeres y niños, pues siguen siendo esas mujeres sabias que dedican su vida a protegerlas y a velar por los intereses, aun cuando esto afecte la salud de las mismas como se ha abordado a lo largo de la discusión etnográfica y de las historias de vida.

Aunado a lo anterior, aunque las edades de las mujeres rondan de los 50-70 años de edad, estas mujeres reafirman el compromiso de seguir ejerciendo hasta que “Dios se lo permita”, por lo que expresan que aun siguen con la esperanza de que las mujeres jóvenes se interesen por aprender a ser parteras para que lo saberes sigan vivos.

De igual modo cabria destacar una labor académica y activista por discutir los trabajos de autocuidado dentro de estas redes de cuidado, pues aunque la partería tiene un papel fundamental para mujeres de zonas periféricas y poblaciones indígenas, poco se ha abordado sobre las condiciones de salud, económicas y sociales de estas mujeres, no solo como características enlistadas, sino habría que destacar estrategias para que las mujeres vivan en mejores condiciones de vida y la sensibilización de autocuidados, donde la perspectiva feminista abonaría al análisis y discusión.

Capítulo V. Red de casas escuela para la partería comunitaria

El presente proyecto se desarrolló en un transcurso de dos años (2018-2019) a través de la realización de trabajo de campo en la localidad de José María Morelos, Quintana Roo y talleres de diagnóstico, identificación de problemas y de soluciones. El proyecto incluye una propuesta escalonada en la que independientemente si el investigador se encuentra presente o no se pueda realizar, pues como el proceso de IAP busca dar herramientas autogestoras y devolver la capacidad de decisión y la voz a los actores involucrados.

NATURALEZA DEL PROYECTO:

Descripción del proyecto.

El presente proyecto propone el fortalecimiento y consolidación de la red de casas escuela, como parte de Parteras de José María Morelos, Quintana Roo, entre la resistencia y el olvido: Fortalecimiento de los saberes comunitarios. El objetivo principal es consolidar una red de 3 casas escuela para promover la partería en esa localidad, con acciones como: el establecimiento de un programa escalado de atención materno infantil en las casas escuela de cada partera participante a través de la partería comunitaria entre las nuevas generaciones de mujeres jóvenes en la localidad (y localidades aledañas) para incrementar el número de parteras comunitarias en la región.

La integración del esquema de casas escuela al sistema de certificación institucional, con enfoque intercultural de salud pública institucional y la promoción y consolidación del sistema de autogestión de las casas escuela permitirá garantizar la permanencia de esquemas interculturales de formación y fortalecimiento de la partería comunitaria a largo plazo, para beneficiar de manera directa a la comunidad de parteras y a una parte de los 34,183 usuarios que requieren de apoyo en José María Morelos para darle atención en cuidados materno infantiles. La creación de esta red permitirá establecer inicialmente 3 espacios de partería que buscará replicarse tras la integración de aprendices de partería certificadas, para expandir el esquema de forma gradual y permanente.

Desarrollo temporal previsto.

El proyecto es parte de la iniciativa integral denominada “Propuesta de fortalecimiento para la partería en José María Morelos, Quintana Roo”, la cual tiene como objetivo reivindicar la actividad de la partería y consolidar la red de parteras tradicionales certificadas que apoyen las acciones conjuntas de la Secretaría de Salud del Estado para mejorar la calidad de atención al embarazo, parto y cuarentena y de esa manera reducir los riesgos de muerte materno infantil en la población.

Como primera etapa de la propuesta integral se inició con la investigación para obtener el grado de maestría, no obstante a medida que se avanzó se hizo evidente la urgencia de fortalecer y consolidar la decreciente red de parteras tradicionales en la localidad que solían atender a la población local y que, debido a diversas causas (que la propuesta pretende atender) han visto una reducción alarmante en su número y capacidad de atención, lo cual ha vuelto a la población de José María Morelos un foco rojo en cuestión de mortalidad materno – infantil en los últimos cinco años.

La estrategia de fortalecer y consolidar las redes de casas escuela se ajusta a los usos y costumbres de las parteras locales, como una forma de transmisión de conocimiento y formación de nuevos cuadros. Derivado del reconocimiento de su propia forma de aprendizaje y transferencia de conocimientos prácticos, se busca que la red funcione junto con la estrategia institucional para apoyar la certificación de un mayor número de mujeres dedicadas a apoyar esta actividad vital para la comunidad. El proyecto piloto buscará mantenerse a través de estrategias de autogestión para garantizar su continuidad a largo plazo.

Ámbito territorial: localización física y cobertura espacial.

José María Morelos se encuentra en la denominada “Zona Maya” de Quintana Roo (integrada por los municipios de Felipe Carrillo Puerto, Lázaro Cárdenas y José María Morelos). Si bien el municipio contaba hasta 2015 con 37,502 habitantes, la población se encuentra dispersa en 64 localidades de tamaño reducido, siendo la cabecera municipal, el poblado del mismo nombre, la población de mayor densidad humana, con 9,225 habitantes (lo que representa un 24.6% de la población total). No obstante, la cabecera municipal, donde va a impulsarse la red de casa escuela, es el centro de atención y servicios para el

municipio, es decir, los miembros de las poblaciones aledañas se desplazan continuamente desde sus lugares de origen a esta localidad en busca de servicios y atención médica, entre otras cosas.

FUNDAMENTACIÓN / JUSTIFICACIÓN.

Prioridad y urgencia del problema:

José María Morelos es un municipio indígena, de manera histórica la existencia de las parteras en las comunidades de la región contribuía no solo a la atención, cuidados materno-infantiles, sino a la transmisión del conocimiento patrimonial de embarazo, cuarentena y manejo del recién nacido, así como a la salud y protección de la madre en los primeros meses desde el parto a través del acompañamiento personalizado.

La formación de lazos emocionales y la consolidación de las relaciones intercomunitarias que la partería brindaba permitían la cohesión de diversos sectores de la comunidad que veían en la partera la figura de la mujer sabia que apoyaba a mujeres y niños de la comunidad para garantizar la salud integral. El esquema de la partería está firmemente integrado en la dinámica cotidiana de las mujeres que la practican en cada comunidad, es decir, si bien es una actividad que las parteras realizan como parte de un servicio comunitario o actividad colectiva, su desempeño se va amalgamando dentro de la rutina diaria de cada partera en su propia cotidianidad, como integrante de su propia familia, como madre ella misma, como abuela y como miembro de una comunidad. Las parteras deben equilibrar su labor comunitaria con sus responsabilidades particulares, estable en un esquema de atención que les permite hacer ambas cosas. Apoyar a las mujeres y niños de la comunidad, sin descuidar su rol como mujer en una familia, la propia.

Cuando el sector salud estableció su estrategia para consolidar la partería a través de un sistema de certificación, no tomó en cuenta el sistema tradicional y el esquema intrínseco de la dinámica cotidiana de las parteras al establecer la forma de certificar sus saberes. En la medida que la gran mayoría de estas mujeres tuvieron que decidir entre sus obligaciones particulares (sus roles de madres, abuelas, esposas) y la posibilidad de certificarse para continuar y consolidar su labor comunitaria, lo que implicaba desplazarse de sus localidades, con sus recursos, tomando su tiempo familiar (que siempre es apretado) e involucrándolas en prácticas ajenas a su labor rutinaria, a sus conocimientos generacionales y a su

cultura, se sintieron excluidas en un supuesto marco de interculturalidad del que sólo se permitía la visión occidentalizada de la institución.

En ese marco, se desincentivó poco a poco la práctica integral de la partería como apoyo para la gestación, atención del parto y cuarentena, para la atención de los recién nacidos y para la continuidad de la transmisión de los conocimientos a las siguientes generaciones. Un problema derivado de este tipo de políticas de intervención en prácticas tradicionales sin una verdadera interculturalidad, fragmentó a la comunidad de parteras de la localidad, al dividir las entre certificadas y no certificadas, sin importar las décadas de experiencia, la cantidad de partos atendidos antes de la pretendida certificación y dejando a la deriva el esquema de partería, que tiene que ver con la confianza que cada grupo de familias tiene depositado en su partera, quien al no estar certificada no puede brindarle atención a la madre, obligando a esta última a acudir a un sistema de salud pública que está sobrecargado.

En 2015, INEGI reportó 821 nacimientos en el municipio, es decir, un promedio de 2.24 nacimientos diarios, al año. Con una tendencia al incremento en la necesidad de estos servicios.

La falta de servicios diversificados de atención de calidad para la salud en el municipio hace que el sistema de salud dentro del marco del Seguro Popular se encuentre sobrecargado atendiendo a un 91.15% de la población municipal, lo que equivale a atender a 34,183 usuarios para un hospital de atención primaria a 184 kilómetros a la redonda, lo cual resalta la urgencia de contar con esquemas alternativos de atención médica para la salud materno infantil en la localidad y la necesidad de rescatar el sistema de partería comunitaria certificada con un enfoque intercultural.

La red habrá de ubicarse en 3 casas de parteras certificadas (1 parteras, 33%) y 2 parteras que se certificarán, como parte de esta iniciativa, para expandir el modelo a otras localidades a mediano y largo plazo. Al consolidarse la iniciativa de redes se podrá apoyar a la atención de calidad técnica y humana para la salud materna de la población de este municipio indígena, un universo potencial de atención para una porción de los partos registrados anualmente y reducir el riesgo de mortalidad materno infantil en la localidad, en apoyo a los esfuerzos del sistema de salud.

OBJETIVOS.

Objetivo general

- A. Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.

Objetivos específicos

- a) Establecer un programa escalado de atención materno infantil en las casas escuela de cada partera participante.
- b) Promover la actividad de la partería comunitaria entre las nuevas generaciones de mujeres jóvenes en la localidad (y las localidades aledañas) para incrementar el número de parteras comunitarias en la región.
- c) Integrar el esquema de casas escuela al sistema de certificación institucional mediante la visión intercultural de salud pública institucional.
- d) Promover y consolidar el sistema de autogestión de las casas escuela para garantizar la permanencia de los esquemas interculturales de formación y fortalecimiento de la partería comunitaria a largo plazo.

Objetivos operativos

Establecer un programa escalado de atención materno infantil en las casas escuela cada partera participante.

Implementar un programa permanente capacitación y formación empírica para 2 mujeres por casa escuela en las prácticas:

Sobado de embarazo y postparto, al año.

Manejo de enfermedades culturales (ojo, mal viento, cirro).

Relacionadas con el recién nacido (lactancia, mollera caída)

Para contar con al menos 6 mujeres capacitadas en este tipo de prácticas al final del primer año y poder establecer este programa de manera permanente a través de las casas escuela que vayan integrándose a la red en toda la región.

Promover la actividad de la partería comunitaria entre las nuevas generaciones de mujeres jóvenes en la localidad (y las localidades aledañas) para incrementar el número de parteras comunitarias en la región.

Generar un programa permanente de sensibilización comunitaria a través de la realización de al menos dos pláticas públicas al mes, por parte de las parteras maestras, a lo largo del primer año, dirigidas a mujeres de todas las edades para reposicionar la partería como alternativa de atención materno infantil, de cuidado de la mujer y el recién nacido, en la localidad de José María Morelos y localidades aledañas y para invitarlas a participar de manera activa y recuperar la confianza en la actividad.

Integrar el esquema de casas escuela al sistema de certificación institucional mediante la visión intercultural de salud pública institucional.

Realizar un acuerdo interinstitucional e intercultural entre la red y la Secretaría de Salud a fin de adecuar la política de certificación para la partería a el esquema local de casa escuela, tanto para la partera que inicialmente están certificadas como para las 2 partera que requiere de la certificación y p ara crear las condiciones para que las casas escuela puedan servir como espacios de formación para nuevas generaciones de parteras (una meta de 6 parteras el primer año y una expansión del modelo los siguientes años).

Promover y consolidar el sistema de autogestión de las casas escuela para garantizar la permanencia de los esquemas interculturales de formación y fortalecimiento de la partería comunitaria a largo plazo.

Establecer un sistema de autogestión que permita a la red independizarse económicamente para garantizar su permanencia a largo plazo a través de servicios, eventos, proyectos y el reconocimiento de su labor como actividad de beneficio comunitario que requiere de remuneración.

Generar al menos 4 talleres al año en los que las participantes fortalezcan sus capacidades de autogestión, y administración básica para consolidar cada casa escuela a largo plazo.

Destinatarios

El grupo de beneficiarias directas en la etapa inicial de este proyecto incluye 4 mujeres que se dedican a la partería tradicional desde hace más de 3 décadas. En los siguientes años, el beneficio directo incluirá a dos mujeres adicionales por cada mujer apoyada el año anterior.

No obstante, dado que se trata de un proyecto de intervención para mejorar un servicio de atención a la salud materno infantil de la localidad de José María Morelos y la región, el alcance de los beneficios indirectos del resultado de consolidar la red de casas escuela se extiende a la comunidad y la región con un potencial de atención para más de 800 futuras madres y sus recién nacidos.

Localización física

A continuación, se presentan las direcciones de las casas escuela integradas en este proyecto, en la localidad de José María Morelos, municipio del mismo nombre en el estado de Quintana Roo.

Casa escuela de partería comunitaria. María Luisa Bacab

Dirección: Coba entre Vicente Guerrero y Francisco May

Estatus: Certificada

Casa escuela de partería comunitaria. Carmen Tadeo Canales

Estatus: No certificada

Dirección: Constituyentes del 74, entre Coba y 8 de octubre

Casa escuela de partería comunitaria, María Rosa Cime

Estatus: No certificada

Dirección: Coba con Chilam Balam

Cada una de las casas escuela formará a dos mujeres el primer año.

Metodología.

Técnicas

Desde mayo de 2018 se realizó trabajo de campo con el objetivo de identificar las condiciones de la partería a nivel local, el tipo de problemática que se enfrentaba y conocer la dinámica de las parteras en lo individual, en lo colectivo y de ellas con el sector salud. El trabajo de campo permitió contextualizar la situación existente, visualizar la problemática y conocer a las parteras para establecer un vínculo de confianza para establecer las bases de la definición del proyecto a lo largo de un año realizando actividades de investigación participativa con la comunidad de parteras de la localidad de José María Morelos.

La etapa de diagnóstico se enfocó en el método etnográfico el cual, mediante el enfoque cualitativo permitió analizar las condiciones de las parteras a nivel local y su relación con el sistema de salud institucional, de modo que fuera posible examinar el contexto de manera descriptiva. El objetivo de esta primera fase fue conocer a las poblaciones meta mediante el establecimiento de una relación e interacción con las parteras, buscando conocer las dinámicas de participación de las usuarias de la partería, las instituciones involucradas, de manera directa e indirecta en José María Morelos. De este modo, el método etnográfico permitió observar cuales eran las dinámicas y los patrones culturales en diversas situaciones a lo largo de la investigación, a la vez que permitió identificarlos y analizarlos en sus propios términos contextuales.

Dado el objetivo, la investigación no solo se limitó a delinear estas interacciones, de igual modo se realizó un análisis de la significación de la práctica de la partería en el tejido de la comunidad y de las parteras mismas. El trabajo de campo era necesario para crear afinidad y confianza con la población meta, en todos los sectores y entre los actores involucrados, a fin de poder acercarse, observar y realizar un análisis holístico de la realidad presente.

Dentro de las técnicas desarrolladas, la observación participante, involucró una interacción entre la población meta y el investigador, de modo que esta interacción permitió recoger, analizar y sistematizar datos de manera no intrusiva, de este modo permitió conocer los procesos de interacción y de vida cotidiana.

En parte de este quehacer del trabajo de campo, se necesitó de otra herramienta, el diario de campo, que permitió transcribir la información de primera mano sobre los procesos sociales y la cotidianidad para luego interpretarlo, como una forma de traducción de la realidad de las parteras, para develar la complejidad de la experiencia etnográfica, las tensiones en las relaciones comunitarias, entre las mismas parteras y las relaciones institucionales, así como los cambios de la práctica que se han producido a partir de políticas externas a la misma.

Se realizaron historias de vida, que permitieron entender y contextualizar la práctica de la partería en José María Morelos, en el que se pudo visualizar las dinámicas migratorias de las parteras, los cambios sociales de la partería, el papel de las políticas públicas en estos cambios y cuáles han sido las repercusiones personales, culturales, económico y políticos en este proceso. Se seleccionó la realización de las entrevistas semiestructuradas porque son una técnica flexible en el sentido combinada con la observación permiten tener una referencia del contexto, mediante un juego de reflexividad, es decir, que conforme ésta avanzaba se mantenía un esquema flexible de obtención de la información y la fluidez en la entrevista.

Era necesario en este punto el poder llevar a cabo un análisis interno y externo que coadyuvara a visualizar de manera holística la situación de la partería en la localidad, para esto se realizó un taller con las parteras a fin de integrar una Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). No solo se trataba de evaluar la situación hacia adentro, pero también examinar las distintas interacciones con su entorno, de manera que pudiera visualizarse de manera más clara la influencia de diversos factores en las amenazas y oportunidades que enfrentan como individuos, como práctica y como colectivo, y entender las

oportunidades que se les presentan en el panorama y cuales fortalezas son una ventaja competitiva que puedan ser retomadas como alguna estrategia.

Se construyó un árbol de problemas a fin de poder tener una estrategia significativa para los beneficiarios que permitiera ordenar y articular los problemas detectados durante la investigación, tomado en consideración la relación de causa y efecto. Como criterio de selección de los problemas se buscó aquellos que pudieran resolverse con el proyecto y cuya solución pudiera contribuir de manera realmente efectiva.

El trabajo documental se llevó a cabo de manera paralela al trabajo de campo. Referenciación sobre el lugar, literatura previa sobre el tema de investigación y las referencias de casos similares y las posibles soluciones planteadas, en la geografía del proyecto, en otras regiones del país o fuera de éste.

De los resultados obtenidos en esta fase de campo y de verificación se procedió a generar la estrategia de fortalecimiento de la actividad tomando en consideración las problemáticas, historias de vida, dinámica individual y colectiva, políticas institucionales y generando una matriz estratégica para poder seleccionar. Una vez establecidos los elementos sobre los cuales trabajar se dio inicio la fase de intervención la cuales incorporaron las técnicas de Investigación Acción Participativa (IAP) y la Matriz de Marco Lógico (MML).

La metodología de investigación Acción Participativa (IAP), resultó relevante debido a su origen, que busca regresar la autonomía de los grupos para tomar decisiones, el identificar las problemáticas y el que, desde las posibilidades, se plantearon las posibles soluciones, lo que generó una corresponsabilidad de la investigadora para con las parteras y viceversa.

En este sentido, con la IAP se identificaron las condiciones de la partería en un contexto intercultural, los retos, así como las oportunidades para entender, sobrellevar y adaptarse a las políticas externas a la práctica en José María Morelos. Mientras se investigaba se les dio un papel importante a las parteras, ellas definieron su rol como participantes, actores y en esta

interacción con la investigadora se creó un proceso educativo y transformador, brindándole relevancia al conocimiento de las cuales son portadoras y, a su vez, haciéndolas sujeto activo con capacidad de aportar opciones que puedan mejorar las condiciones de su práctica, que permita a largo plazo el generar una sinergia entre ambos sistemas.

La Matriz de Marco Lógico (MML) permitió encarar los problemas que enfrentan las parteras en la comunidad de José María Morelos y proveyó, con la información generada, una forma organizada de llegar a objetivos, metas y delimitar los riesgos del proyecto. De igual modo, permitió crear términos que no dieran pie a ambigüedades y hacerlo en terminología que facilitase el proceso comunicativo del mismo a fin de entender en forma analítica la propuesta para una incorporación intercultural funcional de las parteras de José María Morelos, Quintana Roo, la propuesta de las casas escuela como forma de fortalecimiento de la práctica de la partería dentro de las políticas oficiales del sistema de Salud público donde las parteras reconozcan las posibilidades y ventajas que existen en su estructura y se facilite el dialogo e interacción entre ellas, hacia la comunidad y entre las instituciones de la localidad de José María Morelos.

Estrategias de intervención.

Habiendo identificado las problemáticas y estrategias a seguir se delineó un objetivo general que pudiera brindar soluciones y ofrecer acciones específicas que contribuyesen a reposicionar y fortalecer la actividad de la partería, a nivel local. Dado que la problemática detectada está relacionada con la fragmentación de la comunidad de parteras, con la exclusión de una parte de las practicantes (mediante la certificación forzosa) y el gradual abandono del aprendizaje, el desinterés de las nuevas generaciones por involucrarse de manera activa, al percatarse de las dificultades de la estrategia fallida de interculturalidad de la partería en el sistema de salud pública, se planteó una estrategia integral de consolidación de una red de casas escuela que contribuya a resolver la problemática.

Esta estrategia concertada implica cuatro objetivos específicos que conllevan sus estrategias de intervención:

Establecer un programa escalado de atención materno infantil en las casas escuela acorde al nivel de certificación de cada partera participante.

Estrategia de intervención. Una vez realizados los acuerdos de integración de las participantes, se establecerá un consejo integrado por las parteras maestras, con el apoyo intermitente de otros actores. Este consejo llevará a cabo reuniones para delinear la forma de trabajo dentro de las casas escuela (reglamento, manual de procedimientos y acuerdos específicos, visión, misión y un programa de trabajo con actividades – calendograma -) que incluya un programa permanente capacitación y formación empírica para 2 mujeres por casa escuela, en las prácticas de:

Sobado de embarazo y postparto, al año.

Manejo de enfermedades culturales (ojo, mal viento, cirro).

Relacionadas con el recién nacido (lactancia, mollera caída)

Cada una de las parteras involucradas en la red hará el compromiso de tutelar a 2 mujeres que serán seleccionadas por cada una con base a los criterios establecidos de manera empírica bajo la denominación de “el don”. Las mujeres seleccionadas habrán de cumplir con las reglas acordadas y demás procedimientos dentro de las casas escuela durante el año de capacitación bajo la responsabilidad de su tutora, con la visión y el compromiso de expandir el modelo a mediano y largo plazo, y la creación de su propia casa escuela, lo cual pretende expandir el modelo de revalorización y de fortalecimiento de la práctica mediante este programa llevado a cabo de manera escalada y permanente, en red, a través de toda la región.

El consejo decidirá, como parte de los mecanismos de operación, la forma de la toma de decisiones, de los actores que pueden involucrarse en un momento u otro y de la visión hacia donde llevar la red.

Promover la actividad de la partería comunitaria entre las nuevas generaciones de mujeres jóvenes en la localidad (y las localidades aledañas) para incrementar el número de parteras comunitarias en la región.

Estrategia de intervención. Hacia afuera de las casas escuela es necesario fortalecer la imagen holística de la partería para con la comunidad, recuperar la confianza de las usuarias y sus familias en la capacidad de atención, de cuidados y de sabiduría de las parteras. Para ello se buscará generar un programa permanente de sensibilización comunitaria a través de la realización de al menos dos pláticas públicas al mes, por parte de las parteras maestras, a lo largo del primer año, dirigidas a mujeres de todas las edades para reposicionar la partería como alternativa de atención materno infantil, de cuidado de la mujer y el recién nacido, en la localidad de José María Morelos y localidades aledañas y para invitarlas a participar de manera activa y recuperar la confianza en la actividad.

Integrar el esquema de casas escuela al sistema de certificación institucional mediante la visión intercultural de salud pública institucional.

Estrategia de intervención. Se trabajará con las autoridades a nivel local y estatal en talleres de incorporación del modelo de casas escuela que permita generar acuerdos interinstitucionales la red y la Secretaría de Salud, retomando la visión local de partería, las estrategias de revaloración y fortalecimiento a fin de adecuar la política de certificación para la partería a el esquema local de casa escuela. Se buscará adecuar el esquema de certificación a las condiciones y dinámica local de las parteras a fin de consolidar el rol de las 2 parteras que inicialmente están certificadas y buscar la certificación de las 2 parteras que la requieren. Este ejercicio permitirá crear las condiciones para que las casas escuela puedan servir como espacios de formación para nuevas generaciones de parteras.

Promover y consolidar el sistema de autogestión de las casas escuela para garantizar la permanencia de los esquemas interculturales de formación y fortalecimiento de la partería comunitaria a largo plazo.

Estrategia de intervención. A través de la promoción de servicios, proyectos puntuales, del reconocimiento de su labor como actividad de beneficio comunitario que requiere de remuneración, y de capacitación para la autogestión se buscará la red se independice económicamente y garantizar así su

permanencia a largo plazo. Esto se realizará a través de la promoción directa, y a generación de al menos 4 talleres al año en los que las participantes fortalezcan sus capacidades de autogestión, y administración básica para consolidar cada casa escuela a largo plazo.

Actuaciones y actividades.

Responsables

Coordinación general: Lic. Antrop. Luisa Cecilia Balam Villarreal

Coordinación de talleres de capacitación: María Luisa Villarreal Sonora

Coordinación de gestión interinstitucional: UIMQROO

Parteras maestras:

María Luisa Bacab

Carmen Tadeo Canales

Rosa Cimé

Temporalización

Tiempo (meses)

Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.								
		<i>Meses</i>							
Actividades		1	2	3	4	5	6	7	8
Objetivo específico 1	<i>Establecer un programa escalado de atención materno infantil en las casas escuela acorde al nivel de certificación de cada partera participante.</i>								
Establecimiento del Consejo de casas escuela									
Reuniones de trabajo del Consejo									
Elaboración del reglamento de la casa escuela									
Elaboración del manual de procedimientos									
Elaboración de acuerdos específicos									
Elaboración de la visión y misión									

Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.							
	<i>Meses</i>							
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8
Elaboración del programa permanente capacitación y formación empírica								
Elaboración del programa de trabajo con actividades – calendograma								
Selección de participantes (alumnas) piloto de cada casa escuela								
Reuniones de evaluación del consejo								
<i>Objetivo específico 2.</i>	<i>Promover la actividad de la partería comunitaria entre las nuevas generaciones de mujeres jóvenes en la localidad (y las localidades aledañas) para incrementar el número de parteras comunitarias en la región.</i>							
Elaboración del programa permanente de sensibilización								
Elaboración de material de difusión								
Realización de dos pláticas públicas al mes								
Informe mensual de resultados								
<i>Objetivo específico 3.</i>	<i>Integrar el esquema de casas escuela al sistema de certificación institucional mediante la visión intercultural de salud pública institucional.</i>							
Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública								
Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública								
Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.								
Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela								
Presentación del modelo de casas escuela para el público en general								
<i>Objetivo específico 4.</i>	<i>Promover y consolidar el sistema de autogestión de las casas escuela para garantizar la permanencia de los esquemas interculturales de formación y fortalecimiento de la partería</i>							

Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.							
		<i>Meses</i>						
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8
	<i>comunitaria a largo plazo.</i>							
Establecimiento de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad								
Difusión de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad								
Talleres de autogestión para las integrantes de la red								
Talleres de administración básica para integrantes de la red								
Gestión de proyectos para fortalecimiento de la red								
Informes de evaluación y transparencia								
General								
Talleres de planeación anual								

Recursos

Recursos Materiales

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Renta	Espacio	3	Local	3 reuniones para crear el Consejo. En un espacio para las parteras involucradas, asesores, coordinadores e invitados.
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Lote	Insumos oficina	1	Hojas blancas (500 hojas)	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso	Lote	Insumos oficina	30	Carpetas	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
	escuela		material					
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Lote	Insumos oficina	30	Bolígrafos	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Unidad	Equipo	1	Proyector*	Para la red y futuros eventos
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Unidad	Equipo	1	Lap top*	Para la red y futuros eventos
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Unidad	Equipo	1	Equipo de sonido*	Para la red y futuros eventos
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Unidad	Equipo	1	Impresora inyección Epson*	Para la red y futuros eventos
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso material	Litro	Equipo	4	Tinta rellenable*	Para la red y futuros eventos
1	Reuniones de trabajo del Consejo		Recurso material	Lote	Insumos oficina	4	Libretas bitácora / actas	Para levantar actas de reunión y acuerdos
1	Reuniones de trabajo del Consejo		Recurso material	Lote	Insumos oficina	12	Bolígrafos	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso material	Viático	Transporte	2	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	Coordinador y apoyo x 3 sesiones
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso material	Viático	Alimentación	20	Alimentaciones asistentes	3 sesiones, 1 comida para 20 personas
1	Elaboración del manual de procedimientos		Recurso material	Viático	Transporte	5	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	Coordinador y apoyo x 5 sesiones
2	Elaboración del programa permanente de sensibilización		Recurso material	Lote	Insumos oficina	2	Caja de hojas blancas	Para impresión de trípticos y volantes
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública		Recurso material	Lote	Insumos oficina	1	Paquete de 500 hojas	Para elaboración de oficios y materiales de apoyo
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso material	Lote	Insumos oficina	1	Hojas blancas (500 hojas)	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso material	Lote	Insumos oficina	30	Carpetas	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso material	Lote	Insumos oficina	30	Bolígrafos	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso material	Renta	Espacio	1	Local	1 reunión para crear el Consejo. En un espacio para las parteras involucradas, asesores, coordinadores e invitados.
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso material	Renta	Espacio	1	Local	Espacio para evento de validación, para las parteras involucradas, asesores, coordinadores e invitados.
4	Establecimiento de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad		Recurso material	Lote	Insumos oficina	1	Paquete de 500 hojas	Para material de difusión
4	Talleres de autogestión para las integrantes de la red		Recurso material	Viático	Transporte	6	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	Para capacitador externo
4	Talleres de autogestión para las integrantes de la red		Recurso material	Viático	Alimentación	6	Alimentación de capacitador	Para capacitador externo
	Talleres de autogestión para las integrantes de la red		Recurso material	Lote	Insumos oficina	6	Lotes de papelería para evento	Para taller de capacitación
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red		Recurso material	Viático	Transporte	2	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	Para capacitador externo
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red		Recurso material	Viático	Alimentación	2	Alimentación de capacitador	Para capacitador externo
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red		Recurso material	Lote	Insumos oficina	2	Lotes de papelería para evento	Para taller de capacitación
g	Talleres de planeación anual		Recurso material	Lote	Insumos oficina	1	Lotes de papelería para documento final	Para taller de capacitación

Recursos Técnicos

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	3	Coordinación de reuniones de trabajo	Aportado por Coordinadora general. 3 reuniones	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	2	Personal de apoyo	Aportado por voluntarios individuales y UIMQROO	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	3	Coordinación de reunión de trabajo	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	3	Personal de apoyo	1 persona de apoyo para reuniones de trabajo. Aportación de voluntarios individuales.	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	20	Elaboración del documento	Días de elaboración del manual Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	1	Coordinación general	Presentación y validación del documento. Aportación de voluntarios individuales.	
1	Elaboración del manual de procedimientos *	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	5	Coordinación de trabajo	Apoyo a 5 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales. *Incluye misión, visión y calendograma	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
1	Elaboración del manual de procedimientos	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	5	Personal de apoyo	5 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del manual de procedimientos	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	20	Alimentaciones asistentes	5 sesiones, 1 comida para 20 personas	
1	Elaboración de acuerdos específicos	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	3	Apoyo a reuniones mensuales	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales y UIMQROO	
1	Selección de participantes (alumnas) piloto de cada casa escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	3	Personal de apoyo	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Selección de participantes (alumnas) piloto de cada casa escuela	Recurso técnico	Viático	Transporte	3	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	3 sesiones, 2 personas	
1	Reuniones de evaluación del consejo	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Personal de apoyo	4 sesiones de trabajo. Cada dos meses. Aportado por voluntarios individuales	
1	Reuniones de evaluación del consejo	Recurso técnico	Viático	Transporte	4	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	4 sesiones, 2 personas. Cada dos meses.	
2	Elaboración del programa permanente de sensibilización	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	8	Apoyo logístico	Aportación voluntaria de apoyo logístico de aprendices	
2	Elaboración de material de difusión	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	2	Diseño de materiales	Elaboración de materiales con las parteras y los aprendices. Aportación voluntaria externa	
2	Elaboración de material de difusión	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Diseño de materiales	Aportación voluntaria de parteras maestras	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
2	Realización de dos pláticas públicas al mes	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	14	Impartición de charla	Impartición de charla (2 por mes x 7 meses)	
2	Informe mensual de resultados	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	8	Elaboración del documento	Trabajo por coordinadora y parteras maestras	
2	Informe mensual de resultados	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	8	Elaboración del documento	Elaboración del informe por coordinadoras	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	2	Elaboración del documento base para autoridades	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria.	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Elaboración del documento base para autoridades	Trabajo por coordinadora y parteras maestras. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Días de trabajo de gestión	3 aprendices, apoyo voluntario para distribución de invitaciones y material. Apoyo logístico	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	2	Elaboración del documento base para autoridades	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria.	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Elaboración del documento base para autoridades	Trabajo por coordinadora y parteras maestras. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Días de trabajo de gestión	Trabajo de coordinadora. Aportación voluntaria para distribución de invitaciones y materiales. Chetumal.	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Logística de reuniones. Coordinación	Coordinadora. Trabajo de coordinación logística antes y durante las reuniones de trabajo	
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Participación en reuniones de trabajo	Parteras maestras. Trabajo de apoyo logístico y participación en reuniones de trabajo. 3 parteras, 4 reuniones.	
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Participación apoyo logístico	Practicantes. Apoyo voluntario. Logístico en reuniones de trabajo. 6 practicantes, 4 reuniones	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	5	Elaboración de propuesta	2 días de trabajo coordinadora y parteras para elaboración de propuesta	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	1	Coordinación de reunión de validación	Aportación voluntaria de coordinadora	
3	Presentación del modelo de casas escuela para el público en general	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	7	Días de promoción en medios y en redes	Aportación voluntaria de coordinadora	
4	Establecimiento de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Elaboración del documento	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Para elaboración de tabulador de servicios. Aportación voluntaria.	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Observación
4	Difusión de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Gestión para difusión	Trabajo por coordinadora. 2 eventos por mes. Aportación voluntaria.	
4	Talleres de autogestión para las integrantes de la red	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	6	Honorarios de capacitador	Capacitadores externos	
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	2	Honorarios de capacitador	Capacitadores externos	
4	Gestión de proyectos para fortalecimiento de la red	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	40	Honorarios de capacitador	Diseño de proyectos. Aportación voluntaria de coordinadora y actores externos. 10 días al mes	
4	Informes de evaluación y transparencia	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	8	Honorarios de capacitador	Diseño de proyectos. Aportación voluntaria de coordinadora y actores externos. 8 meses	
G	Talleres de planeación anual	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Honorarios de capacitador	Aportación voluntaria de coordinadora. 4 días de trabajo	
G	Talleres de planeación anual	Recurso técnico	Días de trabajo	Honorario	4	Días de trabajo de parteras	Aportación voluntaria parteras 4 días de trabajo, 3 parteras.	

Lugar

Localidad: José María Morelos.

Reuniones de trabajo y talleres: Local prestado o rentado.

Reuniones del Consejo: Casas escuela.

Reuniones con autoridades: Oficinas de autoridades, UIMQROO o en un local rentado o prestado.

Condiciones de acceso

Acceso todo el año. Los sitios se encuentran en el área urbana de la localidad de José María Morelos.

Tareas

	Reuniones de trabajo	Talleres:	Difusión y promoción:	Reuniones de validación:	Pláticas públicas:	Elaboración de documentos:	Reuniones con autoridades:	Gestión institucional:
Elaboración de documentos base	X	X	X		X		X	X
Convocatoria y envío de invitaciones	X	X	X	X			X	X
Confirmación de participantes	X	X	X	X			X	X
Logística previa	X	X	X	X	X	X	X	X
Logística durante evento	X	X	X	X	X	X	X	X
Investigación documental		X	X		X	X		
Trabajo participativo	X	X		X			X	
Elaboración de documentos / productos	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración de informes	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de reuniones con instituciones							X	X
Logística de reuniones con instituciones							X	X
Elaboración de minutas	X	X		X			X	X
Envío de minutas de trabajo talleres	X	X		X			X	X

Organización interna y coordinación externa.

Es opcional indicar aspectos de coordinación y organización interna, así como la posible colaboración con entidades externas.

	Talleres	Reuniones	Gestiones	Difusión	Capacitación
Organización interna	<ul style="list-style-type: none">• Coordinadora general.• Personal de apoyo voluntario externa.• Parteras maestras apoyo logístico y participación activa durante los eventos (ponentes o participantes o asistentes)• Practicantes de cada casa escuela (apoyo logístico y participación activa durante eventos (participantes)				

Coordinación externa	<ul style="list-style-type: none">• Representantes institucionales (cabezas)• Representantes operativos (designados)• Voluntarios externos• Estudiantes universitarios• Investigadores
-----------------------------	--

Bienes de Consumo

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Proyector*	7000	7000	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Lap top*	7000	7000	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Equipo de sonido*	4000	4000	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Impresora inyección Epson*	5500	5500	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	litro	Equipo	4	Tinta rellenable*	800	3200	Para la red y futuros eventos	26700

Consumibles

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Proyector*	7000	7000	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Lap top*	7000	7000	Para la red y futuros eventos	
1		Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Equipo de sonido*	4000	4000	Para la red y futuros eventos	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Bienes de capital	Unidad	Equipo	1	Impresora inyección Epson*	5500	5500	Para la red y futuros eventos		
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	litro	Equipo	4	Tinta rellenable*	800	3200	Para la red y futuros eventos		26700
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	Renta	Espacio	3	Local	800	2400	3 reuniones para crear el Consejo. En un espacio para las parteras involucradas, asesores, coordinadores e invitados.		
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	1	Hojas blancas (500 hojas)	80	80			
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	30	Carpetas	5	150			
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	30	Bolígrafos	5	150			
1	Reuniones de trabajo del Consejo	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	4	Libretas bitácora / actas	200	800	Para levantar actas de reunión y acuerdos		
1	Reuniones de trabajo del Consejo	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	12	Bolígrafos	5	60			
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela	Recurso material	Consumible	Viático	Transporte	2	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	3000	Coordinador y apoyo x 3 sesiones		
1	Elaboración del	Recurso material	Consumible	Viático	Alimentación	20	Alimentaciones	30	1800	3 sesiones, 1		

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
		reglamento de la casa escuela	material					asistentes			comida para 20 personas	
1		Elaboración del manual de procedimientos	Recurso material	Consumible	Viático	Transporte	5	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	5000	Coordinador y apoyo x 5 sesiones	13440
2		Elaboración del programa permanente de sensibilización	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	2	Caja de hojas blancas	800	1600	Para impresión de trípticos y volantes	1600
3		Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	1	Paquete de 500 hojas	80	80	Para elaboración de oficios y materiales de apoyo	
3		Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	1	Hojas blancas (500 hojas)	80	80		
3		Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	30	Carpetas	5	150		
3		Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	30	Bolígrafos	5	150		
3		Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso material	Consumible	Renta	Espacio	1	Local	800	800	1 reunión para crear el Consejo. En un espacio para las parteras	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
											involucradas, asesores, coordinadores e invitados.	
3		Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela	Recurso material	Consumible	Renta	Espacio	1	Local	800	800	Espacio para evento de validación, para las parteras involucradas, asesores, coordinadores e invitados.	2060
4		Establecimiento de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	1	Paquete de 500 hojas	80	80	Para material de difusión	
4		Talleres de autogestión para las integrantes de la red	Recurso material	Consumible	Viático	Transporte	6	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	3000	Para capacitador externo	
4		Talleres de autogestión para las integrantes de la red	Recurso material	Consumible	Viático	Alimentación	6	Alimentación de capacitador	150	900	Para capacitador externo	
		Talleres de autogestión para las integrantes de la red	Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	6	Lotes de papelería para evento	300	1800	Para taller de capacitación	
4		Talleres de administración básica para integrantes de la red	Recurso material	Consumible	Viático	Transporte	2	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	1000	Para capacitador externo	
4		Talleres de administración básica	Recurso material	Consumible	Viático	Alimentación	2	Alimentación de capacitador	150	300	Para capacitador	

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería en la localidad de José María Morelos.	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
		para integrantes de la red									externo	
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red		Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	2	Lotes de papelería para evento	300	600	Para taller de capacitación	7680
G	Talleres de planeación anual		Recurso material	Consumible	Lote	Insumos oficina	1	Lotes de papelería para documento final	300	300	Para taller de capacitación	300
												25080

- a) Recursos humanos. Todo el personal implicado sea cual sea su vinculación laboral. Se especifica si es contratado (tipo de contrato) o voluntariado, así como las funciones de cada profesional y los requerimientos de cualificación. Se debe especificar en el presupuesto el coste salarial y en su caso las horas de dedicación al proyecto.

Voluntarios

Objetivo	Objetivo general	Objetivo de la actividad para la participación en la	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	3	Coordinación de reuniones de trabajo	1500	4500	Aportado por Coordinadora general. 3 reuniones	
1	Establecimiento del Consejo de casas escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	2	Personal de apoyo	500	3000	Aportado por voluntarios individuales y UIMQROO	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	3	Coordinación de reunión de trabajo	1000	3000	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	3	Personal de apoyo	500	1500	1 persona de apoyo para reuniones de trabajo. Aportación de voluntarios individuales.	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	20	Elaboración del documento	500	10000	Días de elaboración del manual Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del reglamento de la casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	1	Coordinación general	1000	1000	Presentación y validación del documento. Aportación de voluntarios individuales.	
1	Elaboración del manual de procedimientos *		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	5	Coordinación de trabajo	1000	5000	Apoyo a 5 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales.	

Objetivo	Objetivo general	localidad de la partería en la para la	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
											*Incluye misión, visión y calendograma	
1	Elaboración del manual de procedimientos		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	5	Personal de apoyo	500	2500	5 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Elaboración del manual de procedimientos		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	20	Alimentaciones asistentes	30	3000	5 sesiones, 1 comida para 20 personas	
1	Elaboración de acuerdos específicos		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	3	Apoyo a reuniones mensuales	1500	4500	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales y UIMQROO	
1	Selección de participantes (alumnas) piloto de cada casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	3	Personal de apoyo	500	3000	3 sesiones de trabajo. Aportado por voluntarios individuales	
1	Selección de participantes (alumnas) piloto de cada casa escuela		Recurso humano	Voluntario	Viático	Transporte	3	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	3000	3 sesiones, 2 personas	
1	Reuniones de evaluación del consejo		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Personal de apoyo	500	4000	4 sesiones de trabajo. Cada dos meses. Aportado por voluntarios individuales	
1	Reuniones de evaluación del consejo		Recurso humano	Voluntario	Viático	Transporte	4	Transporte Chetumal - Morelos - Chetumal	500	4000	4 sesiones, 2 personas. Cada dos meses.	52000
2	Elaboración del programa permanente de sensibilización		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	8	Apoyo logístico	150	1200	Aportación voluntaria de apoyo logístico de	

Objetivo	Objetivo general	localidad de para la partería en la	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
			no								aprendices	
2	Elaboración de material de difusión		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	2	Diseño de materiales	500	1000	Elaboración de materiales con las parteras y las aprendices. Aportación voluntaria externa	
2	Elaboración de material de difusión		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Diseño de materiales	350	1400	Aportación voluntaria de parteras maestras	
2	Realización de dos pláticas públicas al mes		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	14	Impartición de charla	500	7000	Impartición de charla (2 por mes x 7 meses)	
2	Informe mensual de resultados		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	8	Elaboración del documento	500	4000	Trabajo por coordinadora y parteras maestras	
2	Informe mensual de resultados		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	8	Elaboración del documento	500	4000	Elaboración del informe por coordinadoras	18600
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	2	Elaboración del documento base para autoridades	500	2000	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria.	
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Elaboración del documento base para autoridades	500	2000	Trabajo por coordinadora y parteras maestras. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria	

Objetivo	Objetivo general	Localidad de la partería en la para la	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades locales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	6	Días de trabajo de gestión	150	3600	4 aprendices, apoyo voluntario para distribución de invitaciones y material. Apoyo logístico
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	2	Elaboración del documento base para autoridades	500	2000	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria.
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Elaboración del documento base para autoridades	500	2000	Trabajo por coordinadora y parteras maestras. 2 reuniones de trabajo. Aportación voluntaria
3	Presentación de propuesta de casas escuela a las autoridades estatales de salud pública		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	6	Días de trabajo de gestión	150	3600	Trabajo de coordinadora. Aportación voluntaria para distribución de invitaciones y materiales. Chetumal.
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Logística de reuniones. Coordinación	500	2000	Coordinadora. Trabajo de coordinación logística antes y durante las reuniones de trabajo
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Participación en	350	5600	Parteras maestras. Trabajo de apoyo

Objetivo	general	localidad de	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
		para la partería en la										
	con la red para la incorporación del modelo intercultural.		humano					reuniones de trabajo			logístico y participación en reuniones de trabajo. 4 parteras, 4 reuniones.	
3	Reuniones de trabajo interinstitucionales con la red para la incorporación del modelo intercultural.		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	8	Participación apoyo logístico	150	4800	Practicantes. Apoyo voluntario. Logístico en reuniones de trabajo. 8 practicantes, 4 reuniones	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	5	Elaboración de propuesta	350	1750	2 días de trabajo coordinadora y parteras para elaboración de propuesta	
3	Propuesta validada de certificación de parteras maestras en las casas escuela		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	1	Coordinación de reunión de validación	1000	1000	Aportación voluntaria de coordinadora	
3	Presentación del modelo de casas escuela para el público en general		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	7	Días de promoción en medios y en redes	500	3500	Aportación voluntaria de coordinadora	33850
4	Establecimiento de la propuesta de servicios de las casas escuela para la comunidad		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	6	Elaboración del documento	500	6000	Trabajo por coordinadora. 2 reuniones de trabajo. Para elaboración de tabulador de servicios. Aportación voluntaria.	
4	Difusión de la propuesta de servicios		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	6	Gestión para	1000	12000	Trabajo por coordinadora. 2	

Objetivo	Objetivo general	Localidad de la partería en la para la	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación	
	de las casas escuela para la comunidad		humano					difusión			eventos por mes. Aportación voluntaria.	
4	Gestión de proyectos para fortalecimiento de la red		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	40	Honorarios de capacitador	1000	40000	Diseño de proyectos. Aportación voluntaria de coordinadora y actores externos. 10 días al mes	
4	Informes de evaluación y transparencia		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	8	Honorarios de capacitador	500	4000	Diseño de proyectos. Aportación voluntaria de coordinadora y actores externos. 8 meses	62000
G	Talleres de planeación anual		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Honorarios de capacitador	1000	4000	Aportación voluntaria de coordinadora. 4 días de trabajo	
G	Talleres de planeación anual		Recurso humano	Voluntario	Días de trabajo	Honorario	4	Días de trabajo de parteras	500	2000	Aportación voluntaria parteras 4 días de trabajo, 4 parteras.	6000
										172450		172450

Contrato

Objetivo	Objetivo general	Consolidar una red de 3 casas escuela para la partería	Tipo	Subtipo	Medida	Clasificación	Cantidad	Concepto	Monto	Subtotal	Observación

		en la localidad de José María Morelos.										
4	Talleres de autogestión para las integrantes de la red	Recurso humano	Contrato puntual	Días de trabajo	Honorario	6	Honorarios de capacitador	1500	9000	Capacitadores externos		
4	Talleres de administración básica para integrantes de la red	Recurso humano	Contrato puntual	Días de trabajo	Honorario	2	Honorarios de capacitador	1500	3000	Capacitadores externos		
									12000			

b) Recursos monetarios

No se plantea la disposición de efectivo

c) Recursos financieros. El financiamiento hace referencia a cómo serán provistos los gastos del proyecto y qué institución o instituciones van a financiarlo. El capítulo de recursos financieros está constituido por dos aspectos: el presupuesto y el financiamiento.

Tipo		Monto
Recurso humano	Voluntario	\$172,450.00
Recurso humano	Contrato puntual	\$12,000.00
Recurso material	Bien de capital	\$26,700.00
Recurso material	Consumibles	\$25,080.00
		\$236,230.00

• **Instituciones a las que se someterá para financiamiento total o parcial:**

Estatales

Secretaria de salud del Estado de Quintana Roo.

Secretaría de Gobierno

Instituto Estatal de la Mujer

Federales

Secretaría del Bienestar

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

Secretaria de Salud

Internacional

Fundación MacArthur

PRESUPUESTO Y COSTO DE EJECUCIÓN.

Presupuesto del proyecto: \$236,230.00

Aportaciones de promotora: \$108,050.00 (Entre la investigadora y UIMQROO)

Aportaciones de usuarios y otros actores: \$64,400.00

Necesidades de financiación del proyecto: **\$63,780.00**

Tipo		Monto
Recurso humano	Contrato puntual	\$12,000.00
Recurso material	Bien de capital	\$26,700.00
Recurso material	Consumibles	\$25,080.00
		\$63,780.00

Reflexiones finales

Si bien los aportes teórico-metodológicos desde la antropología permiten un análisis de la partería como una forma de atención integral y culturalmente pertinente para poblaciones indígenas y marginadas como la única opción para acceder al seguimiento de su embarazo.

Que, si bien conforme fueron pasando los apartados de la investigación sobre lo que debería de hacerse para una relación intercultural y la reducción pertinente de las muertes maternas, sigue reproduciéndose políticas de exportación en países con contextos diferentes. Si bien la certificación podría ser una herramienta para una relación intercultural, las dinámicas establecidas entre el MMH para con los médicos locales son de desigualdad, además que las características que establece para tal certificación no obedecen a las dinámicas establecidas de la práctica y de sus condiciones como mujeres e indígenas.

Como bien se abarco en el segundo capítulo, existen diversos caminos hacia donde se puede dirigir la partería de México, también hay que tomar en cuenta que en el país existen una pluralidad de culturas y etnias y que no tomar en cuenta las características y las dinámicas existentes seguirá repercutiendo el error de políticas públicas implementadas sin consenso y sin un estudio previo.

En este entendido, en la localidad de José María Morelos las parteras aún tienen un papel fundamental como consejeras y como medicas locales. Dentro de sus historias reflejan una serie de desigualdades vividas por el hecho de ser mujeres, indígenas y pobres. Cuando ellas trataban el tema de lo económico decían que preferían cobrar poco, pero brindarle atención a los más desprotegidos o quienes sabían que no podrían pagar un servicio médico privado a aceptar propuestas de un consultorio con infraestructura, puesto que sabían que esto conllevaría a imponer un costo de mantenimiento.

No es solo el hecho de una formación para atender enfermedades culturales y embarazo o parto, es la calidad humana lo que les da el sello como partera, pues, aunque también conocen sobre plantas medicinales no son yerbateras.

Podría discutirse ampliamente sobre las posibilidades de mejorar los servicios de salud, de manera que la partera, como es concebida actualmente por los MMH de salud son auxiliares, pero las condiciones de precariedad laboral, en el modelo neoliberal no permite que existan condiciones para atención a la salud integral y una cobertura total en el país.

También un asunto pendiente es acerca de que la estrategia de partería profesional en el país, pues, aunque abona a la mejora de cobertura de salud y una atención más cálida, sigue sin ser una atención integral y al menos en lo simbólico no abona al no compartir la misma lengua y cultura.

Es por ello que el reconocimiento y visibilización de las parteras de la localidad a través de las historias de vida y entrevistas son fundamentales. Pues las consultas y sobadas que se observaban establecían un alivio para los usuarios. A veces la medicina institucional solo brinda las medicinas, pero no brinda el acompañamiento que establecería no solo una cura física, si no emocional y psicológica. Y como en los análisis previos de lo que contribuiría la relación intercultural está la reducción de intervenciones quirúrgicas, pues los programas de salud institucionales establecen tiempos y la saturación de atención contribuye a tomar ese tipo de medidas.

Si bien no es la razón principal, las intervenciones quirúrgicas no son la principal razón de muertes maternas, son una de las razones de ello. Otras razones son el estrés y la falta de recursos humanos y de infraestructura para una atención adecuada.

En Quintana Roo se toma en cuenta la importancia de la partería, por lo que diversos colectivos firmaron una iniciativa de ley para que las certificaciones o una forma de validar los conocimientos permitiera las habilidades y aptitudes culturales de estas mujeres y no solo tomar

en cuenta el conocimiento adquirido de la medicina institucional, esta propuesta fue sometida a principios de año del 2019. Aún sigue en resolución.

De igual modo, no era propósito de esta tesis, pero es necesaria una discusión teórica sobre las condiciones de las mujeres parteras, pues la precariedad no solo se encuentra en el ámbito laboral, por lo que la precariedad de la vida misma ha llevado a que estas mujeres se encuentren enfermas física, psicológica y emocionalmente, pues son necesarias herramientas de contención y sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres que han dedicado toda su atención y energías a recibir bebés y han dedicado su vida a los trabajos de cuidados sin remuneración. La sugerencia es que la teoría feminista abonaría a discutir sobre los trabajos de autocuidado para de alguna manera mejorar la salud de las generaciones posteriores de parteras.

Contribuyendo a una nueva forma de ver la partería, la propuesta de intervención redactada permitiría volver a las raíces, pues las mujeres jóvenes ven externamente las problemáticas de ser partera a una problemática relacionada a los trámites burocráticos y olvidando la importancia cultural que tiene en el tejido social, en la compañía femenina y la consejería.

Cuando las pláticas informativas comiencen a sensibilizar y consecutivamente a concientizar a la población, las mujeres podrán retomar el camino de la mujer sabia que aprende como atender partos, como acompañar a las mujeres y cómo resistir ante la violencia por ser mujeres, indígenas y pobres. Visibilizarlas las desigualdades es el primer paso hacia el reconocimiento pleno y cultural de las parteras como las guardianas de un conocimiento ancestral.

ANEXOS

Preguntas guía para elaboración de historias de vida

I. PERSONAL Nombre Procedencia Edad Estado civil Años de casada Tiene hijos Número de hijos Viven Nacido muerto/Abortos Momento que se dio cuenta que quería ser partera Edad a la que se inició Años de practicar la partería Desarrollo de la actividad ¿Qué se requiere para ser partera? ¿Qué la motiva a seguir siendo partera? ¿Cuántos partos ha atendido? ¿Cómo ha sido ser partera y mamá? ¿Cómo ha sido ser partera y esposa? ¿Algún familiar desea seguir practicando partería?

II: ENSEÑANZA Nombre ¿Quién le enseñó a ser partera? ¿Qué es lo que más recuerda? Reglas de la partería ¿A cuántas personas más enseñó? ¿Qué era lo que se le daba mejor de su maestra? ¿Qué utilizaban para sobar, cuando usted prendió? ¿Sigue practicando su maestra? Si y se retiró ¿A qué edad? Si y se retiró ¿A los cuántos años se retiró? ¿Cuánta gente entendió su maestra? Si fue autoaprendizaje ¿Cómo surgió?

III. TÉCNICAS Nombre ¿Cómo se soba el cirro? ¿Cómo se soba el embarazo? ¿Cómo se soba el parto? ¿Cómo se soba la calibrada? ¿Cuál es su técnica más conocida? ¿Cómo se diagnostica un embarazo aun temprano? ¿Cómo saber el sexo del bebé? ¿Qué materiales e insumos usan para sobar? Certificada ¿Cómo atiende el parto? No certificada ¿Cómo atiende el parto? Signo de alarma para traslado al hospital ¿Primero que hace cuando nace un bebé? ¿La placenta sirve como elemento de diagnóstico de la salud del bebé? ¿Síntomas del ojo en el bebé? ¿Cómo se atiende el ojo en el bebé? ¿Cómo se diagnostica la mollera caída? ¿Cómo se trata la mollera caída? ¿Atiende otros temas relacionados con la mujer, además del embarazo?

IV. RETOS Nombre ¿Cuál es la diferencia en la partería de ahora con la que se practicaba cuando usted aprendió? ¿Ha tenido algún aprendiz? Si ¿Cómo se sucedió? No ¿Por qué?

¿Ha colaborado con la UIMQROO? SI ¿Cómo se dio esa relación? No ¿Por qué?
¿Cree que la UIMQROO ha ayudado a la partería? Si ¿Por qué? No ¿Por qué?
Nombre ¿Conoce el programa de parteras certificadas? Si ¿Cómo se enteró? No ¿Por qué?
¿Está certificada? S ¿Cómo se dio el proceso? no ¿Por qué? ¿Cómo es su relación con la Secretaria de Salud? ¿Le interesa la certificación? Si ¿Con qué condiciones?
No ¿Por qué? ¿Cree que funciona el programa de certificación? Si. Explique.
No ¿Por qué? ¿Cambiaría algo para mejorar el programa?

VI. Creencias Nombre Religión ¿Cómo influye su creencia religiosa en su actividad?

Bibliografía

1. Alarcón-Nivia, Miguel Ángel; Sepúlveda-Agudelo, Janer; Alarcón-Amaya, Iván Camilo. Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 62, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 188-195. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Colombia.
2. Adaya Leythe, Ángel Federico. Categorías antropológicas en la fenomenología hermenéutica de Paul Ricoeur. Tesis doctoral para optar por el grado de Doctor en Filosofía. Universidad Complutense de Madrid. 2018.
3. Almaguer González, José Alejandro; Vargas Vite, Vicente; Hernán J., García Ramírez. (2009). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implantación en los Servicios de Salud.
4. Almaguer, José Alejandro. Modelos interculturales de servicios de la salud. *Salud Pública de México*, vol. 49, 2007, pp. 84-93. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
5. Alonso, Cristina; Murray de López, Jenna. Casas de Parto: una estrategia de prevención contra la violencia obstétrica. Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. 2017. 3-8 pp.
6. Aparicio Mena, Alfonso. “La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos”. *Gazeta de Antropología*, 2007, 23, artículo 14.
7. Balam Villarreal, Luisa Cecilia. El embarazo en el Seguro Popular: Atención y vigilancia prenatal en el Hospital Materno Infantil Morelos en la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Antropología Social. 101. 2017.
8. Barragán Solís, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neurología posherpética. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 12(33), 61-78.
9. Camacho, Alma Virginia; Land, Sandra; Thompson, Joyce E. Fortalecimiento de la Partería Profesional en América Latina y el Caribe: Informe sobre la colaboración entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Confederación Internacional de Matronas 2011-2014. UNFPA. 34 pp.
10. Camacho, Hugo; Cámara, Luis; Cascante, Rafael; Sainz, Héctor. “El enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos: Cuaderno para la identificación y diseño de proyectos de desarrollo”. ISBN: 8487082173. Madrid (España). 2001. 239 p.
11. Campos-Navarro, R. (2007). La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. En Quatrocchi y Güemez-Pineda (Coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Mérida: UADY/CEPHCIS/INDEMAYA/CDI
12. Careaga, Lorena & Higuera, Antonio (2011): *Historia breve*. Quintana Roo. México, El Colegio de México/Editorial del Fondo de Cultura Económica, 285 pp.
13. Castro LE, Rincón M, Gómez DT. Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. *Rev Cienc Salud*. 2017;15(1): 145-163
14. Chávez Arias, Nancy Paola. 2012. Cáncer cérvico uterino e interculturalidad en Zona Maya, Quintana Roo, México. Tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales. Universidad de Quintana Roo.
15. Clifford, James. “Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna”. 2001. Barcelona, Gedisa Editorial.

16. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2016). La consulta previa, libre, informada, de buena fe y culturalmente adecuada: pueblos indígenas, derechos humanos y el papel de las empresas. 31 pp.
17. Cordera-Pastor, A. (2014). Modelos de sistemas de atención médica. *Salud Pública de México*, 28(3), 230-242. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/351/341>
18. Cox Aranibar, Ricardo. "El saber local, metodologías y técnicas participativas". NOGUB-COSUDE. 1996. Ecuador. 94 pp.
19. Cuba-Fuentes, María; Contreras Samamé, Janet Angelina; Ravello Ríos, Paúl Steve; Castillo Narro, Miriam Aydeé; Coayla Flores, Saúl Alan. (2016) La medicina centrada en el paciente como método clínico. En *Rev Med Hered*; 27:50-59.
20. Da Costa Marques, Sofía; Linardelli, María Florencia; Maure, Gabriela. "La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión". En *I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de UNCuyo. Perspectivas actuales en la investigación en ciencias sociales: problemáticas, enfoques epistemológicos y abordajes teórico - metodológicos*. 2016. ISBN 978-987-575-164-4.
21. Davis-Floyd, Robbie (2001) La partera profesional: Articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico. *Medical Anthropology*, 20:2-3, 185-243, DOI:10.1080/01459740.2001.9966194
22. De La Torre, E. (2003). El nacimiento en el mundo prehispánico. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 34, 369-90.
23. Díaz Bernal, Zoe; Aguilar Guerra, Tania; Linares Martín, Xiomara. "La antropología médica aplicada a la salud pública". *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(4):655-665.
24. Dietz, Gunther. Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos* | vol. XXXIX, núm. 156, 2017 | IISUE-UNAM. ISSN 0185-2698. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&tlng=es
25. EEk Can, Federico. "El arte de dar consejos en la cultura maya: Los consejos de una partera, mujer de gran valor" en *Las prácticas sociales del lenguaje en contextos de tradición indígena: El objeto de conocimiento antes de ser objeto de enseñanza*. Coordinadoras: Graciela Quinteros, Yolanda Corona. UAM - Unidad Xochimilco. 2013. 322 pp.
26. Espinosa Brito, Alfredo. "La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico". *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(1) 1-3.
27. EHRENREICH, B., & ENGLISH, D. (1981). *Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras femeninas*. 41 pp.
28. Fernández Juárez Gerardo. "Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana". En *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LX, 2, 2005. Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo.
29. Fernández Peña, Roser. *Redes sociales, apoyo social y salud*. Periferia. Número 3, diciembre 2005
30. Freyermuth Enciso, Graciela, 1993, "Médicos indígenas, médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
31. Freyermuth Enciso, Graciela. *Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir: La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad*. En *Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas: Documentos de Trabajo 2010*. 2010. pp 83.

32. Flores Martos, Juan Antonio. "Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina", *Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates*, 2011. 1-15 pp.
33. García Vahí, Guadalupe. *Investigación-Acción-Participación (IAP) y el Desarrollo Local en San Juan de Aznalfarache*. Universidad Pablo De Olavide (Sevilla). 2014. 103 pp.
34. GARMA NAVARRO, CARLOS. Interpretando la antropología interpretativa. *Alteridades*, vol. 1, núm. 1, -, 1991, pp. 130-132. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74746342013>
35. Galante C. Castañeda M, A.: 1997 " Mujer- partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural". En Tuñón Pablos (coord.) *Género y Salud en el sudeste de México*. El Colegio de la Frontera del Sus. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. p p: 221-235.
36. Gómez Cardona, Liliana. Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré*. vol. 27, n.2 (jul-dic) · 2013 · issn 0120-3045 (impreso) · 2256-5752 (en línea) · pp. 21-65
37. González Echavarría, Aurora. "Etnografía y método científico". En *Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Ángel Aguirre Baztan (Ed). 1997. 49-62 pp. ISBN 970-15-0215-9.
38. González Guzmán, Daniel. La partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio. *INPC Revista del Patrimonio Cultural del Ecuador*. N° 6 / II semestre 2014. 76-97.
39. Gros, Alexis Emanuel. Alfred Schutz, un fenomenólogo inusual: una reconstrucción sistemática de la recepción schutziana de Husserl .En *Discusiones Filosóficas*. Año 17 N° 29, julio-diciembre 2016. pp. 149-173. ISSN 2462-9596 (En línea).
<http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v17n29/v17n29a10.pdf>
40. Güemez Pineda, Miguel A. *Imagen Social de la Partera Indígena Yucateca a través de la Historia LASA 2000*. Miami, Fl. 16 pp.
<http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Guemez.PDF>
41. Güemez Pineda, Miguel. "Partería y medicina alopática en Yucatán: Hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva", en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güemez Pineda (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Mérida, CEPHCIS, UCS, (Cuaderno de trabajo), 2007.
42. Hammersley, Martyn. ¿Qué es la etnografía? En *Etnografía: métodos de investigación*. 1994. Editorial Paidós. 309-334 pp. ISBN 978-844-930-980-9
43. Henry, María Laura. "Los usos de la Investigación-Acción-Participativa (IAP) para el estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo. reflexiones a partir de una experiencia con representantes sindicales y trabajadores". En *De Prácticas y discursos Universidad Nacional del Nordeste Centro de Estudios Sociales | Año 7, Número 9, 2018 (marzo) | ISSN 2250-6942*
44. ICSU-UNESCO. "Ciencia, conocimiento tradicional y desarrollo sustentable, París". 1999. Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico, París.
45. Ilankoon, IMPS; Goonewardena, CSE; Fernandopulle, RC; Perera, PPR. Public Health Midwives' role in health education regarding vaginal discharge: A Cross Sectional Descriptive Study. En *International Journal of scientific research and management (IJSRM)* Volume 4, Issue 06, Pages 4303-4310. 2016.
46. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). *Anuario estadístico y geográfico de Quintana Roo 2017*. 2017. Pp 388.

47. Inuca Tocagón, Verónica; Icaza Cadena, Laura; Recalde Navarrete, Ricardo; Cevallos Salazar, Jaqueline; Romero Sandoval, Natalia. "Percepción de la participación de parteras y sanadores tradicionales andinos ecuatorianos en un programa de formación en salud". *Revista Duazary*, Julio - diciembre De 2014, Vol. 11 N° 2. ISSN: 1794-5992.131-138 pp.
48. Japan International Cooperation Agency. *Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems: Towards Improving Public Health and Medical Systems in Developing Countries*. Japón. 2005. 325 pp.
49. Jiménez, Silvia; Pelcastre, Blanca; Figueroa, Juan Guillermo. "Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación". *Revista Chil Salud Pública* 2008; Vol. 12 (3): 161-168.
50. Knipper, Michael. "El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea". En *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. 2006. Universidad de Gießen. ISBN 978-9978-22-645-3. 413-432 pp.
51. Kolodin, Susan; Rodríguez, Gisela; Alegría-Flores, Kei. *Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua*.
52. Laako, Hanna. *Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México*. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, Año LXI, núm. 227. 2016. pp. 167-194. ISSN-0185-1918.
53. Laza Vásquez, Celmira; Ruiz de Cárdenas, Carmen Helena. *Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional en el Valle del Río Cimitarra*. *Ciencia y Enfermería* XVI (1): 69-76, 2010.
54. Lemus Alcántara Sergio; Hamui Sutton, Alicia; Ixtla Pérez, Minerva; Paulo Maya, Alfredo. "Una mirada crítica sobre la noción paciente/usuario/cliente desde la antropología de la salud". En *Revista CONAMED* Vol. 22 Núm. 2, 2017. 2007-932X. 2017.
55. Lerín Piñón, Sergio. *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*. En *Desacatos*, núm. 15-16, otoño-invierno 2004, pp. 111-125.
56. López Vázquez, Merle Liliana. *El valor cultural de los alimentos en ritos o ceremonias tradicionales de dos pueblos: José María Morelos en Quintana Roo y Santa María Mixtequilla en Tehuantepec, Oaxaca*. Universidad de Quintana Roo. 2005.
57. Luna Blanco, Mónica; Sánchez Ramírez, Georgina. "Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud/enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas". *Escuela Nacional de Antropología e Historia*. México. Cuicuilco, vol. 21, núm. 60, mayo-agosto, 2014, pp. 129-146.
58. Maglio, Francisco. "Relación Médico-Paciente en el Tercer Milenio". En *Actualizaciones en Osteología*, VOL. 10 - N° 2 – 2014. 115-118 pp.
59. Manrique Tejedor, Javier; Fernández Cuesta, Ana; Echeverría Amado-Loriga, Patricia; Figuerol Calderó, Inmaculada; Teixido Badia, Jesús; Barranco Moreno, María Pilar. *Historia de la profesión de matrona*. En *AgInf*. 2014, (69), 18,1,26-28Bis.
60. Márquez, Lina; Plana, Amalia; Villarroel, María Cecilia. (2017). *Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos. Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina*. Serie Población y Desarrollo. 48 pp.
61. Martínez González, Roberto. *Cuiripu: cuerpo y persona entre los antiguos p'urhépecha de Michoacán, México*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2013, 280 p. (Instituto de Investigaciones Históricas. Serie

- Culturas Mesoamericanas, 6).
www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/cuiripu/cuerpo.html
62. Massó Guijarro, Ester. "Fundamentos teóricos y derivaciones de la IAP en España". AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, núm. 43, septiembre-octubre, 2005, p. 0. Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red Madrid, Organismo Internacional.
 63. Medina Cárdenas, Eduardo. (1998). Autoatención Doméstica de la Salud. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.
 64. Mendieta-Izquierdo, Giovane; Ramírez-Rodríguez, Juan C.; Fuerte, José A. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 33, núm. 3, septiembre-diciembre, 2015, pp. 435-443. Universidad de Antioquia.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12041781014>
 65. Menéndez, Eduardo, "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", en *Alteridades*, 1994, 4 (7), p. 71.
 66. Menéndez, Eduardo. "Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica". *Gazeta de Antropología*, 2012, 28 (3), artículo 03. ISSN 0214-7564. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México. 1-8 pp.
 67. Menéndez, Eduardo. "Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social". En *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118, 2016.
 68. Menéndez, Eduardo. 1997. "Antropología médica: espacios propios, campos de nadie". *Nueva Antropología XV (51): 83-103*
 69. Menéndez, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de atención, caracteres estructurales. En *Antropología Médica en México I*. Instituto e Investigaciones Dr. José María Luis Mora. 1992. pp 97-114.
 70. Mignone, J., Bartlett, J., & O'Neil, J. (2005). *Prácticas modelo en salud intercultural. Diversidad cultural: múltiples miradas del tiempo presente*. Buenos Aires: Centro de Estudios Argentino Canadienses, 101-19.
 71. Mocellin-Raymundo, Marcia; Viesca-Treviño, Carlos; Gutiérrez-Martínez, Daniel. "Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible" *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2011; 49. 325-330. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
 72. Murray de López, Jenna; Alonso Lord, Cristina. Riesgo o aliento: la experiencia de una Casa de Partos. Una mirada a las maneras en que las mujeres de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, negocian la atención prenatal y del parto. En *Los caminos para parir en México en el Siglo XXI: Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2018. pp 142-148.
 73. 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. 2016. pp. 67.
 74. Olivares Mendoza, José Antonio. ¿Milagro económico? O ¿Tristeza del Yaxche? Los municipios olvidados: Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y Lázaro Cárdenas (1990-2000). Universidad de Quintana Roo. 2003. Pp 148.
 75. Ortegón, Edgar; Pacheco, Juan Francisco; Prieto, Adriana. "Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas". Naciones Unidas, Santiago de Chile, ed. 2015. ISSN impreso 1680-886X.
 76. Pérez Ruiz, Maya Lorena; Argueta Villamar, Arturo." Saberes indígenas y dialogo intercultural". En *Cultura científica y saberes locales*. Año 5, núm. 10. 2011. 31-56.

77. Pérez, X. B. Monografía del Distrito Electoral Federal 02 del Estado de Quintana Roo. S.f.
78. Polo Payares, Esther Patricia. Resistencias, pugnas de saberes y poderes en la institucionalidad del parto. Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Cartagena. 2008. 199 pp.
79. Prado, R. C. A. G., & Largaespada, H. K. C. (2008). Las casas maternas en Nicaragua.
80. Pulido Hernández, Yazbeth. Relaciones de poder en la comunicación intercultural entre el médico alópata y la indígena embarazada/familiar en los hospitales públicos de la zona metropolitana de Guadalajara. *Revista de Estudios de Antropología Sexual* Vol. 1 Núm. 7 (2016).
81. Ramírez Hita, Susana. La interculturalidad sin todos sus agentes sociales: el problema de la salud Intercultural en Bolivia. En *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. 2006. Universitat Rovira i Virgili. ISBN 978-9978-22-645-3. 405-412 pp.
82. Rodríguez Herrera, A. (2006). La reforma de salud en Nicaragua. CEPAL - SERIE Financiamiento del desarrollo.
83. Russell Bernard, H. "Research methods in cultural anthropology". Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988
84. Secretaría de Desarrollo Territorial Urbano Sustentable (2018). PROGRAMA DE DESARROLLO URBANO 2010 - 2035. p.259.
85. Secretaria de Salud. "Encuentros De Enriquecimiento Mutuo Entre Personal De Salud Y Parteras Tradicionales" 2008. México.
86. Tornquist, C., & Lino, F. (2005). Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en Antropología*, (6), 211-217
87. Touraine, Alan. "Los movimientos sociales". *Revista Colombiana De Sociología*, 2006, N° 27. pp. 255-278. ISSN 0120-159X
88. Uc Uc, Willbert de la Cruz. La población maya Morelense en las estructuras del poder político local. Universidad de Quintana Roo. 2013. 161 pp.
89. Vega Camacho, Blanca Rosa. La enfermería en Costa Rica Una trayectoria histórica: de oficio a profesión de 1850 a 2013. *Enfermería en Costa Rica*. 2013, 34 (1). <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v34n1/art7.pdf>
90. Weisner H. Mónica. "La Antropología Médica, Lo Uno-Lo Múltiple". 1998. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco. Tomo I Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología. 71-80 pp.
91. Zeledón Sánchez, Líz Raquel; López Mendoza, Gloria Lissethe. Conocimientos actitudes y prácticas de las parteras adiestradas del Centro de Salud Denis Gutiérrez, de Río Blanco y Centro de Salud de Mulukukú, en la atención del embarazo, parto y puerperio. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Para Optar al Título De Doctor En Medicina Y Cirugía. 2008

