



Universidad Autónoma de Chiapas

INSTITUTO DE ESTUDIOS INDÍGENAS

Maestría en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales

Parteras tradicionales e interrupción del embarazo con medicamentos en dos regiones de Chiapas. Una contribución a la salud de las mujeres

Tesis que presenta

GEICEL LLAMILETH BENÍTEZ FUENTES

Como requisito parcial para obtener el grado de Maestra en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales

Directora:

DRA. GEORGINA SÁNCHEZ RAMÍREZ

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Junio, 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
INSTITUTO DE ESTUDIOS INDÍGENAS



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
18 de junio de 2019
Número de oficio DIEI-210/19
Asunto: Voto aprobatorio para impresión de tesis

GEICEL LLAMILETH BENÍTEZ FUENTES

Matrícula número PS 810
Maestría en Estudios sobre Diversidad Cultural y
Espacios Sociales de la UNACH.
Presente.

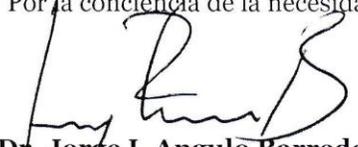
Con base en el Reglamento de Evaluación Profesional para los Egresados de la Universidad Autónoma de Chiapas, y habiéndose cumplido con las disposiciones en cuanto a la aprobación por parte de los integrantes del jurado en el contenido de su Tesis Individual titulada:

“Parteras tradicionales e interrupción del embarazo con medicamentos en dos regiones de Chiapas. Una contribución a la salud de las mujeres”

CERTIFICO el **VOTO APROBATORIO** emitido por este y autorizo la impresión de dicho trabajo para que sea sustentado en su Examen Profesional para obtener el grado de Maestra en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para saludarle.

Atentamente
“Por la conciencia de la necesidad de servir”


Dr. Jorge I. Angulo Barredo
Director IEI-UNACH



Ccp. Mtro. Antonio Pérez Gómez, Encargado de la Secretaría Académica IEI-UNACH
Ccp. Dra. Sonia Toledo Tello, Coordinadora del Comité de Investigación y Posgrado del IEI-UNACH
Ccp. Dra. Marisa G. Ruiz Trejo, Coordinadora de la MEDCES-IEI-UNACH
Ccp. Expediente
JIAB/vlt

Dedicatoria

A todas las mujeres de mi vida, a mis ancestras, mis abuelas y por su puesto a mi madre Mercedes, a mis hermanos y a mi compañero de vida.

A mi padre, mi mayor motivo para seguir de pie y caminar.

A mis amigas y colegas.

En especial a la Dra. Olivia Velázquez por haberme regalado desde hace ya varios años las gafas moradas para ver y vivir mejor

A la Dra. Georgina Sánchez por ser la guía y la luz en los momentos más oscuros en este arduo camino de la investigación

Y por supuesto, a las parteras tradicionales que dieron voz y corazón a este trabajo.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo fundamental para poder realizar y concluir esta investigación.

A las profesoras y profesores de la Maestría en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales, por haberme brindado sus conocimientos para mi formación académica.

A la Dra. Anna Garza por todas las contribuciones que fortalecieron a este proyecto.

Al Dr. Laureano Reyes por haber creído y haberme encaminado en los primeros meses de esta maestría.

A mi comité tutorar integrado la Mtra. Delmi Marcela Pinto por el acompañamiento y el compromiso que tuvo para concluir con esta investigación y de manera muy especial a la Dra. Marisa Ruíz Trejo porque sin su solidaridad no hubiera podido culminar esta tesis

A mi directora, la Dra. Georgina Sánchez por ser pieza fundamental para lograr que este trabajo pudiera cumplir satisfactoriamente con los objetivos esperados para ser de este un proyecto no sólo de investigación sino también de vida.

Contenido

Introducción.....	1
Planteamiento del problema	7
Pregunta de investigación.....	8
Supuesto	9
Objetivos.....	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Marco metodológico.....	10
Una metodología desde el enfoque de género y salud.....	12
Región V: Tsotsil–Tseltal.....	15
Regiones XV Meseta Comiteca Tojolabal	17
Población de estudio.....	18
Capítulo I. Antecedentes.....	23
1.1 El estado del arte sobre el aborto inducido.....	23
1.2. El caso de México y Chiapas.....	27
1.3 La legislación del aborto en México.....	28
1.4. Chiapas y el aborto	31
1.4.1. El aborto en Chiapas a través del grupo de mujeres de San Cristóbal (Un caso emblemático)	33
Capítulo II. La figura de las parteras en las prácticas del aborto inducido.....	39
2.1. Los primeros antecedentes: Saberes, parteras y aborto	39
2.2 El estado del arte sobre parteras tradicionales y aborto inducido con medicamento	44

2.2.1 Aborto seguro según la OMS	44
2.2.2 Parteras capacitadas para abortos seguros	46
2.2.3 Parteras y aborto seguro en México	55
Capítulo III. Dimensiones de Estudio y Resultados	58
3.1 La partería y el aborto.....	58
3.1.1 Ser partera.....	58
3.1.2 El gusto de ser partera	62
3.1.3 Dejar pasar, interrupción o aborto (el antes y el ahora)	64
3.1.4 Sororidad	67
3.1.5 Cómo es la ayuda (procedimiento).....	71
3.1.6 Cómo aprendió a brindar esta ayuda	76
3.2 Realidades en las que las parteras asisten a mujeres que solicitan la interrupción de un embarazo.....	78
3.2.1 ¿Cómo llegan las mujeres?	78
3.2.2 ¿De dónde vienen las mujeres?	82
3.2.3 El encuentro.....	83
3.2.4 El qué dirán de su ayuda.....	85
3.3. Las ventajas y desventajas de que las parteras tradicionales realicen abortos con medicamentos	91
3.3.1 Cuando no es posible ayudar	92
3.3.2 Cuántos casos	95
3.3.3 Costos	96
3.3.4 Complicaciones	99
3.3.5 La ley ¿cómo enemiga?	102
3.3.6 Secretaría de Salud versus parteras que ayudan	104
3.3.7 Las tragedias (los casos oscuros).....	107

3.3.8 Sin parteras ¿Quién ayuda?	109
Discusión	113
Conclusiones.....	125
Bibliografía.....	127
Anexos	135
Anexo 1: Guía de entrevistas.....	135
Anexo 2: Consentimiento informado	137
Anexo 3: Oficio de participación voluntaria	139

Introducción

Trabajar el tema del aborto genera en mí un compromiso social con otras mujeres. Así como también, una responsabilidad simbólica por estar en una posición que me permite investigar desde el ámbito académico, la posibilidad de dar voz y participación a agentes que al igual que yo, visualizamos la necesidad de exponer y analizar el tema de la interrupción voluntaria de un embarazo desde el paradigma del aborto seguro.

Ser mujer en un sistema patriarcal es ya un reto por sí mismo, la violencia que se ejerce en los cuerpos de las mujeres para disciplinarlas y controlarlas son institucionalizadas y validadas por el Estado, a pesar de que se trata de los derechos individuales de la ciudadanía, como es el caso del tema del aborto voluntario o inducido.

La definición de aborto hace referencia a la interrupción de la gestación; la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión del embrión o el feto en cualquier etapa gestacional que no rebase las 22 semanas. Existen dos tipos de abortos, el aborto espontáneo y el aborto inducido.

El aborto espontáneo es el que se presenta por causas fisiológicas y que obedece a problemas asociados a la salud general de las mujeres. Las infecciones agudas en vías urinarias pueden ser causales de este tipo de abortos, caídas (traumatismo), múltiples partos anteriores en condiciones de vulnerabilidad, la edad, quistes ováricos, entre otras enfermedades que se pueden presentar al inicio del embarazo y que de no ser tratadas a tiempo, pueden terminan en abortos espontáneos.

Por otro lado, el aborto inducido o provocado es el que se realiza a través de una intervención externa que no obedece a causas naturales del organismo. Actualmente se conocen dos formas de realizar un aborto inducido: el aborto médico y el aborto quirúrgico.

El aborto quirúrgico más seguro, conocido y realizado es el AMEU. Esta práctica consiste en un proceso de aspiración retirando el ovulo fecundado y adherido al útero. Este procedimiento es recomendado para abortos mayores a las 9 semanas de gestación y con un límite de hasta las 16 semanas, dependiendo de las condiciones de salud de las mujeres, así

como de los insumos, la habilidad y la capacitación de la persona que lo realiza. Anteriormente, la práctica quirúrgica más utilizada era el legrado (invasiva y agresiva por implicar un raspado al interior del útero).

Actualmente, dentro de las prácticas más seguras para interrumpir un embarazo, destaca la del aborto con medicamento o aborto médico. Este procedimiento es el más usual por su fácil acceso, pues no requiere de un ambiente hospitalario, sus costos son accesibles y sobre todo, por ser un procedimiento que evita que las mujeres estén expuestas a prácticas más invasivas como lo puede ser el AMEU o el legrado.

Por otro lado, el aborto inseguro, definido según la misma OMS (2014), es un procedimiento para interrumpir la gestación, realizado por personal no capacitado y en entornos que carecen de buenas condiciones médicas; y es una de las causas que ponen en peligro la vida de las mujeres en edad reproductiva. Esta práctica se convierte en la única posibilidad para mujeres con condiciones de mayor vulnerabilidad, como puede ser la falta de recursos o el origen étnico, agudizando aún más el peligro, sobre todo en contextos donde esta práctica es punible (Centro Legal para Derechos y Políticas Públicas, 1997).

Desafortunadamente y aunque resulte contradictorio, el aborto inducido se sigue practicando de manera insegura en diversas partes del mundo, a pesar de que dentro del campo de los derechos sexuales y reproductivos, El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), La organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones civiles, mencionan que los programas para la disminución de la mortalidad por eventos relacionados al embarazo deben estar afianzados al menos a estos cinco pilares: 1.-Planificación familiar, 2.-Educación para la salud, 3.-Atención a domicilio por personal profesional, 4.-Acceso oportuno a atención obstétrica de emergencia y 5.-Acceso al aborto seguro (Rodríguez-Aguilar, 2018).

Aunque la despenalización del aborto a nivel internacional ha sido ampliamente discutida dentro de múltiples debates incluyendo el de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1995 del Cairo, en donde se expusieron los riesgos inminentes y las consecuencias de realizarse abortos en condiciones no legales (Silva, 2013), en México, excepto en la Ciudad

de México, incluyendo al estado de Chiapas, el aborto sigue estando penalizado, a pesar de que con ello se vulneran duramente los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, afectando de manera más fuerte a quienes están en condiciones de precariedad, como mujeres de escasos recursos económicos, mujeres indígenas, mujeres adolescentes y mujeres migrantes, entre otras.

Esto no significa que no exista un marco regulatorio en el que el Estado Mexicano pueda ampararse para quitar la punibilidad al aborto por diversas causales y beneficio de la salud de sus ciudadanas, ya que en la constitución mexicana existen los artículos 1º y 4º, el primero referente a la protección de los derechos humanos de toda persona en el territorio mexicano y el 4º que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como el acceso a estos servicios. De tal manera que en el caso de que una mujer por las razones que fueran desea interrumpir una gestación, tendría que ser atendida en consonancia con lo estipulado en la Constitución, garantizando que el procedimiento se hará en las condiciones que protejan su integridad.

El problema más grave, tal y como lo documentan Singh, Remez, Sedgh, Kwok & Onda (2018) en su informe sobre la situación mundial del aborto, es que en los países como México en donde el aborto es punible, los efectos negativos recaen directamente sobre la salud y la vida de las mujeres que no cuentan con medios para realizarse interrupciones seguras, y que hoy en día están más asociadas con abortos realizados con medicamentos.

La combinación utilizada para abortar con medicamento está compuesta por mifepristona y misoprostol, y en México se encuentran disponibles en centros de apoyo al aborto seguro legales (en la Ciudad de México) e ilegales (en el resto del país). No obstante, en las farmacias (aun en la CDMX donde el aborto voluntario no es punible) sólo se vende libremente el misoprostol (o Citotec), no así la mifepristona, a pesar de ser un medicamento esencial según la OMS; por lo tanto, es urgente y necesario que se garantice que este medicamento se encuentre en total disposición para uso y venta libre y que incluso, pueda ser un elemento indispensable dentro de los centros de salud para los casos de abortos incompletos.

La ventaja de los abortos con medicamento de acuerdo con la WHO¹ (2015) es que puede ser administrado no solamente por personal médico y en espacios hospitalarios, sino que puede ser realizado por personal sanitario debidamente capacitado, como enfermeras, promotores de salud y parteras. Para el caso de esta investigación en particular, fue tema de interés las parteras porque en Chiapas se conjugan dos elementos que se mencionan como precondiciones para realizarse abortos en condiciones inseguras: está penalizado y el 77.1% de su población total vive en condiciones de pobreza (CONEVAL, 2016), con el añadido de que 31 de cada 100 partos son atendidos por parteras a diferencia de que a nivel nacional este dato es de 4 por cada 100 nacimientos (INEGI, 2017).

Diversas investigaciones han documentado que en Chiapas es generalmente la población indígena, rural, de escasos recursos, la que suele atender su salud (no solamente los partos) en primera instancia, con parteras (véase por ejemplo Argüello y Freyermuth, 2015; Sánchez et al., 2015; Gómez, 2017, entre otras), muchas veces como una consecuencia de la falta de acceso a otros servicios de salud, como lo menciona Lina Berrio (2015).

En las regiones indígenas persisten barreras importantes que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Algunas se relacionan con elementos del orden económico, geográfico, de disponibilidad de servicios, y existen otras de orden cultural. También influyen las prácticas de racismo y discriminación que de manera cotidiana enfrentan los pueblos indígenas cuando acuden a las instituciones, así como las profundas relaciones de descalificación, subordinación o exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales respecto al modelo institucional de salud (Berrio, 2015: 5).

Así, las parteras tradicionales (como parte de los sistemas médicos tradicionales) han sido relegadas históricamente y menospreciadas por la medicina biomédica. Sin embargo, sus prácticas están legitimadas por la población que reconoce a las parteras como agentes involucradas en una atención primaria de la salud (incluida la interrupción de los embarazos no deseados), y si bien en la época contemporánea hay un resurgimiento de la partería en México (Sánchez, 2016), la preeminencia de la partería en el país ha pasado por diversas etapas de inclusión, exclusión y conflicto, desde la mirada hegemónica de la medicina². Por tanto, se desconocen muchos aspectos sobre la atención a la salud que las

¹ Organización Mundial de la Salud en sus siglas en inglés WHO.

² Dado que no es el objetivo de esta tesis hablar del recorrido histórico de la partería en México se sugiere consultar la extensa obra de especialistas en el tema como: Ana María Carrillo, Hilda Argüello, Georgina Sánchez, Graciela Freyermuth, Ana Cristina Rosado, Florinda Riker, entre otras.

parteras dan, incluido el uso de métodos modernos para interrumpir un embarazo no deseado. Esta tesis presenta algunas experiencias de parteras entrevistadas respecto a sus prácticas para interrumpir el embarazo con medicamentos, aun sabiendo que corren un riesgo ante la ley.

A nivel mundial, existen algunas investigaciones (Singh et al., 2018; Sousa 2010, Shah, Ahman y Ortayli 2014; Fullerton, Butler y Aman, 2018; entre otros) de las que más adelante se hablarán, que han logrado documentar los estragos que ocasionan las medidas restringidas en torno al aborto, además de reconocer el papel que las parteras han tenido en la atención de abortos seguros en países en vías de desarrollo. Estas investigaciones analizan desde diferentes enfoques, la importancia de considerar a las parteras como proveedoras de una atención integral, que incluya la interrupción voluntaria del embarazo, para la disminución de muertes de mujeres en edades fértiles, en contextos en donde existe una amplia diversidad y desigualdad de condiciones sociales que repercuten en la salud de las mujeres, afectando mayoritariamente a las que se encuentran en un alto grado de marginación y vulnerabilidad.

Ante ello, conocer el punto de vista de las parteras en dos regiones de Chiapas en la interrupción del embarazo con medicamentos puede contribuir a abrir las opciones para mejorar las condiciones de salud reproductiva de mujeres en condiciones de vulnerabilidad que requieran un aborto, garantizando su seguridad y repensar la conveniencia de su despenalización en este estado.

Esta tesis se conforma de la siguiente manera: primeramente se presenta el problema, el supuesto, los objetivos y el marco metodológico, en donde a partir de la etnografía feminista se expone la manera en que se salvaguardó la confidencialidad de las protagonistas (no fotos, no mapas, uso de sobrenombres para evitar ser identificadas por sus nombres, y espacios seguros para el diálogo, así como un consentimiento informado por escrito), construyendo los instrumentos de recolección de información desde el enfoque de género y salud.

En el capítulo uno, a manera de antecedentes, muestro la situación contemporánea del aborto inducido en el mundo, para ubicar la problemática contextualizada en el país y en

Chiapas dentro de un marco legal que hace punible el aborto, a pesar de que la entidad ha tenido antecedentes de despenalización del mismo.

Con respecto al capítulo dos, se hace una breve recopilación sobre los antecedentes que existen con respecto al ejercicio de la partería y su relación con las prácticas de aborto, y la asistencia entre mujeres desde la experiencia histórica en Europa dado que no se encontró información específica para Latinoamérica. Posteriormente se expone lo que la OMS define como aborto seguro con medicamento, sus argumentos para ser implementado por parteras capacitadas y estudios al respecto en diferentes regiones en vías de desarrollo, en una amplia búsqueda en la que hasta este momento no se encontraron estudios para México ni para el resto de Latinoamérica. Entonces se da paso a la presentación de los hallazgos.

El capítulo tres muestra los resultados del trabajo de campo desde el enfoque de género y salud, guiados bajo una pregunta de investigación, la cual consistió en indagar sobre: ¿Cuál es la perspectiva de parteras tradicionales de la región Altos y Meseta Comiteca capacitadas en la práctica del aborto con medicamento? Y ¿cómo le hacen, sabiendo que es una práctica punible en este estado? Esta tesis presenta algunas experiencias de parteras entrevistadas respecto a sus prácticas para interrumpir el embarazo con medicamentos, que de acuerdo a los estándares de la OMS es una práctica segura, aun sabiendo que corren un riesgo ante la ley. Esto a su vez responde a mi supuesto de investigación sobre si las parteras tradicionales han incorporado dentro de sus saberes tratamientos para realizar abortos seguros inducidos como respuesta a la necesidad de atención a mujeres en condiciones de vulnerabilidad que optan por buscar acompañamiento secreto de parteras. Sostengo que pese a la sanción legal y la estigmatización social, se generan relaciones de sororidad³ que explican el trabajo de estas parteras para realizar una interrupción del embarazo en condiciones de penalización.

En la discusión se muestran algunas diferencias entre las parteras de la Región V y la Región XV al realizar interrupciones del embarazo con medicamento, las cuales están definidas, desde mi perspectiva, por el contexto socioeconómico en el que trabajan.

³ “La palabra sororidad se deriva de la hermandad entre mujeres, el percibirse como iguales que pueden aliarse, compartir y, sobre todo, cambiar su realidad debido a que todas, de diversas maneras, hemos experimentado la opresión”. Mónica Pérez, 2004 (basado en análisis de Marcela Lagarde).

<http://www.mujerpalabra.net/pensamiento/analisisfeminista/sororidad.htm>

Finalmente en las conclusiones, y de acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se enfatiza en cómo esta investigación espera contribuir a visibilizar que esta es una opción en regiones de alta marginación como Chiapas: la asistencia por personal no médico, pero calificado en el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo, es una buena opción para que las mujeres puedan ejercer libremente el derecho al cuidado de su salud sexual y reproductiva. Sería indispensable para ello la despenalización del aborto en todo el país y el aseguramiento del abasto de fármacos para realizar abortos con medicamentos según la OMS (2015).

Planteamiento del problema

De acuerdo a lo que establece la OMS (2018) y Singh, et al., (2018) del Guttmacher Institute en su informe mundial sobre el aborto, la punibilidad de esta práctica en diversos países del mundo vulnera duramente la salud sexual y reproductiva de las mujeres, afectado aún más a mujeres en condiciones de precariedad. La clandestinidad de la intervención, en muchos de los casos, pueden resultar en abortos inseguros, incrementando a mayor escala los índices de muerte de mujeres en edad reproductiva.

Por su parte, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2015) ha documentado las consecuencias de la penalización del aborto en países como México, en donde el aborto es permitido por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, mientras que en los otros 31 estado del país sólo es permitido principalmente por violación, imprudencial o culposo (accidente) y peligro a la vida de la madre; causales de exclusión que en muchas de las ocasiones no son aplicadas por las instancias de salud correspondientes. De tal manera que el aborto voluntario y seguro resulta un problema grave de desigualdad según la zona geográfica donde se habite y las posibilidades de exigir a los servicios de salud que se ajusten a la ley.

Este contexto es desfavorable para la mayoría de las mujeres mexicanas, quienes en muchas ocasiones ponen en peligro su salud al necesitar la asistencia y el acceso a un aborto voluntario, porque como el mismo GIRE lo menciona, fuera de la Ciudad de México, quien cuenta con recursos económicos encontrará la manera de realizarse un aborto en condiciones seguras y quien no, en general tendrá muchas más dificultades para ello.

En este sentido, Singh et al. (2014) hacen énfasis en que la mayoría de las afectaciones que conlleva la punibilidad del aborto recae en las mujeres en condiciones desfavorables y con un alto grado de pobreza y marginación. En México existen entidades federativas que tienen estas características, especialmente en el sureste mexicano y es el caso particular de Chiapas, la cual según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016) es una de las entidades que enfrenta (además de la punibilidad del aborto voluntario) una carencia significativa en servicios de salud, aunado a que una gran parte de su población es indígena. En este sentido Berrio (2015) menciona una serie de obstáculos, enfatizando aquellos que enfrentan muchas de las mujeres indígenas que no sólo recaen en aspectos relacionados al orden cultural, sino también, a una fuerte desigualdad económica y social que muchas veces se convierte en discriminación y maltrato, por lo que muchas de las mujeres chiapanecas en condiciones de vulnerabilidad prefieren seguir resolviendo sus problemas de salud con parteras (Sánchez, 2015).

Siguiendo el hilo conductor de lo que propicia un cambio entre aborto inseguro y seguro en una región como Chiapas, este estudio se centra en indagar sobre experiencias de algunas parteras tradicionales capacitadas por un organismo internacional en torno a prácticas de abortos seguros de acuerdo a lo que establece la OMS en dos regiones socioeconómicas de Chiapas, región V (Tsotsil- Tseltal) y región XV (Meseta Comiteca Tojolabal).

Se espera que este estudio contribuya a visibilizar el trabajo de las parteras tradicionales en las zonas señaladas desde la OMS como de alta peligrosidad para la salud sexual y reproductiva de las mujeres (abortos punibles y condiciones socioeconómicas precarias) con la finalidad de mostrar que el aborto seguro sería posible con la colaboración de estas agentes de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la perspectiva de parteras tradicionales de la región Altos y Meseta Comiteca capacitadas en la práctica del aborto con medicamento con respecto a sus experiencias? Y ¿cómo le hacen, sabiendo que es una práctica punible en este estado?

Supuesto

Se supone que las parteras tradicionales que han incorporado dentro de sus saberes, tratamientos para realizar abortos inducidos con medicamento, de acuerdo a lo que establece la OMS, conocen las dificultades para realizar esta práctica en un entorno que lo penaliza. Tengo como premisa también que las parteras lo hacen como respuesta a la necesidad de atención a mujeres en condiciones de vulnerabilidad, es decir, que entablan relaciones de solidaridad a pesar de la sanción legal.

Objetivos

Objetivo general

Presentar puntos de vista de parteras tradicionales⁴ de la región V Tsotsil y la región XV Meseta Comiteca Tojolabal respecto a sus experiencias en la interrupción del embarazo con medicamentos, de acuerdo a los estándares de la OMS, aun sabiendo que corren un riesgo ante la ley.

Objetivos específicos

Identificar desde el enfoque de género y salud cuáles son los recursos con los que cuentan las parteras tradicionales para la interrupción de un embarazo.

Conocer las realidades en las que las parteras asisten a mujeres que necesitan y solicitan la interrupción de un embarazo.

Analizar las ventajas y desventajas de que las parteras tradicionales realicen abortos seguros.

⁴Las parteras establecen, desde su propia perspectiva, una distinción entre ellas: existen las “empíricas tradicionales” y las “capacitadas o profesionales”. Las tradicionales nacen con ese gusto o don y sus conocimientos en el manejo de plantas medicinales y procedimientos terapéuticos para curar diferentes afecciones y atender el parto-puerperio son “heredados”... La división entre parteras tradicionales y capacitadas o profesionales no es estanca, al contrario es bastante flexible, en particular para las parteras tradicionales, quienes al recibir formación médica pasarán a ser “partera capacitada” e incluso integrarse a alguna institución de salud oficial (Sánchez, Moreno y Pérez, 2015, p.140)

Marco metodológico

En un primer momento, la elección de trabajar con el tema de la interrupción del embarazo obedece a una experiencia laboral previa, misma que me permitió conocer el contexto actual sobre aborto inducido en Chiapas, así como sus prácticas y la necesidad de muchas mujeres que recurren a ello. También me permitió ubicar a diversos actores de la salud que realizan estas prácticas, incluyendo a las parteras tradicionales y de quienes poco se ha abordado en relación a la contribución que hacen en la atención a estos casos como se mencionará en el estado del arte de esta tesis.

El estar vinculada con este tema, dio paso a que pudiera conocer contactos y organizaciones que trabajaban directamente con la asistencia para la interrupción libre y voluntaria del embarazo. Fue gracias a ellos que pude ubicar a promotores que se dedicaban a capacitar a parteras tradicionales en la atención de abortos inducidos con medicamento, de tal manera que tenía claro que las parteras tradicionales serían las protagonistas de mi investigación.

Bajo estos lineamientos, la investigación tuvo dentro de sus intereses conocer los puntos de vista de las parteras tradicionales respecto a la interrupción del embarazo dentro de un contexto que penaliza al aborto inducido, lo cual pone de manifiesto la asimetría de poder entre cuerpo femenino autónomo versus infantilizado por el Estado, al decidir sobre la voluntad de una mujer para ser madre o no. En este sentido, siguiendo a Castañeda (2008) mi trabajo está motivado por un interés emancipatorio en el que se pretende realizar la investigación “de, con y para las mujeres” (Castañeda, 2008:14) con la finalidad de seguir contribuyendo en la documentación científica de los saberes de las mujeres en el mundo.

De acuerdo a la ruta de trabajo que se pudo realizar, se localizaron a cinco parteras situadas en la Región XV, y cinco más en la Región V de Chiapas, formando un total de diez participantes de esta investigación, las cuales permitieron la grabación de sus experiencias en cuanto a su trabajo como parteras que usan medicamentos para la interrupción de embarazos no deseados. Para conocer estas prácticas se realizaron entrevistas semiestructuradas, mismas que posteriormente fueron transcritas. Así mismo se llevó un diario de campo que sirvió de guía a la hora de analizar el análisis de la información.

En cuanto al uso de entrevistas, se consideraron los lineamientos sugeridos por Rastrepo (2007), quien puntualiza aspectos como: la ética en la entrevista, la organización y la estructura de la entrevista, basándose siempre en el interés pleno del trabajo de investigación, así como la formalidad al hacer la entrevista, el conocimiento previo del tema, y anotar nombres o seudónimos para poder ubicar el lugar y quién lo dijo.

Así mismo, se buscó tener un lugar seguro y confiable para que las entrevistas pudieran captar realidades con el tiempo necesario y que a su vez, se generaran vínculos de confianza a través de un interés plenamente genuino y de respeto, y poder así, situar a las mujeres con quienes se hizo esta investigación.

El uso de la grabadora fue a consideración de las parteras que se entrevistaron, se aclaró e informó sobre el objetivo de la entrevista sin dar información confusa que pudiera generar un mal uso de sus narrativas.

Se formularon preguntas que generaron una conversación y no un interrogatorio, por último se tomó en cuenta el tiempo de las entrevistas, a modo de no aprovecharse de la buena disposición de las parteras.

Las entrevistas como herramienta de investigación tienen la finalidad de poder recabar información necesaria para los fines de esta tesis, así como partir de sus narrativas situándolas como protagonistas a través de sus propias vivencias. En el anexo 1 se adjunta la guía semi-estructurada de la entrevista.

Esta investigación se planteó desde un enfoque cualitativo, por lo que fue necesario realizar el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas. La transcripción se hizo en Word y algunas tablas comparativas en Excel para procesar la información.

Para fines de salvaguardar a las parteras tradicionales, las entrevistas realizadas se hicieron personalmente y dado que la práctica del aborto está penalizada en Chiapas, y en la mayor parte del país, los nombres fueron cambiados y su ubicación exacta omitida. Como parte del proceso inicial, se solicitó a las participantes un consentimiento informado por escrito (anexo 1, modelo extraído de Sánchez, 2016: 251). En el caso de una participante que no

tenía manejo de la lectoescritura, se optó por el apoyo de una intérprete para garantizar el anonimato y confidencialidad de todas las participantes. De esta manera, comencé mi trabajo de campo a mediados del mes de marzo y culminé a finales de julio del 2018.

El acercamiento a los espacios de trabajo de las parteras (es decir su propio domicilio), me permitió conocer aún más el contexto en donde desarrollan sus prácticas y sobre todo, generar un ambiente de privacidad, confianza y seguridad no sólo para ellas, sino también para mí.

Una vez realizadas todas las entrevistas continué con el proceso de sistematización, mismo que se pudo lograr a través de la transcripción de las entrevistas; teniendo las narrativas en papel e impresas, se realizó un análisis exploratorio de la información recopilada, para posteriormente hacer una categorización de los temas de interés según los objetivos que se plantearon para esta tesis.

Para la clasificación de la información se consideraron 18 variables según el aspecto que se quisiera indagar; éstas fueron: 1) sus inicios dentro de la partería, 2) el gusto de ser partera, 3) dejar pasar, interrupción o aborto, 4) sororidad, 5) ¿cómo es la ayuda? 6) ¿cómo aprendió a realizar el aborto con medicamento? 7) ¿cómo llegan las mujeres? 8) ¿de dónde vienen las mujeres? 9) el encuentro (la relación entre ellas y las mujeres que atienden), 10) el qué dirán de su ayuda, 11) ¿cuándo no es posible ayudar? 12) ¿cuántos casos? 13) costos, 14) complicación, 15) la ley ¿enemiga?, 16) Secretaría de Salud versus parteras que ayudan, 17) tragedias y 18) sin parteras ¿quién ayuda?

Para hacer más visual esta subdivisión y clasificación de información se utilizaron colores por cada tópico al momento en el que se tuvo que analizar los datos, e incluso se pudo ver cómo parte de la información superponía los colores al referirse la misma sección de información a más de un tema. Esta metodología se tomó de Sánchez (2016).

Una metodología desde el enfoque de género y salud

El tema del aborto como una decisión voluntaria de las mujeres ha sido analizado académicamente a lo largo de la historia moderna desde diversos intereses y metodologías,

destacándose los aportes de la demografía y la epidemiología, situadas más desde un enfoque economicista, y también ha sido abordado desde diferentes líneas feministas; sobre todo para reivindicar un derecho más de la autonomía de las mujeres sobre su vida y su cuerpo.

No obstante, esta tesis parte del enfoque de género y salud, el cual es una de las consecuencias más loables del impacto de las teorías feministas en la academia (Fraisie, 2016), y se agregaría que en la sanidad a nivel mundial también, y es que el enfoque de género y salud ha posibilitado los análisis que evidencian las diferencias pero también las desigualdades de sanar y enfermar entre hombres y mujeres, permitiendo así ubicar las diversas necesidades y procesos que las mujeres (en este caso) enfrentan en el cuidado y la atención a su propia salud a lo largo de todo su ciclo vital (Sánchez, 2010: 400). Se atraviesan además otras intersecciones que sitúan a quienes se está investigando, tales como la clase, la religión, la pertenencia o no a una etnia, la edad, la preferencia sexual, la escolaridad, entre otras. Esto, aplicado a la salud ha permitido mirar desde un nuevo lente, realidades que quedaban generalizadas desde la medicina hegemónica y su visión androcentrista sobre la salud-enfermedad de la humanidad (véase las obras de Carme Valls-Llobet y Teresa Ortiz al respecto). Por tanto, se estima imprescindible abordar el tema del aborto inducido, desde este enfoque, ya que es una realidad que atraviesa ineludiblemente el cuerpo de las mujeres que lo transitan, y porque la forma en que esto ocurre dependerá de sus diversas intersecciones y redes de apoyo y atención de la que dispongan.

En este sentido, es importante reconocer que, desde la perspectiva de género, las mujeres tienen una capacidad activa que las coloca como agentes dentro del campo político y de la salud. Esperanza Tuñón (1997) considera que al hablar de salud con perspectiva de género, se ubican problemáticas que se presentan tanto en hombres como en mujeres permitiendo “aprender de manera integral, su sentir, su pensar y su actuar, así como también sus manifestaciones, resistencias y rebeldías individuales y colectivas” (1997:7). Así, cuando se habla de aborto tanto en la práctica como en el discurso, las resistencias y las rebeldías de las mujeres han estado presentes ya sea en la esfera íntima para realizarse la interrupción de un embarazo, o bien, en su presencia pública que exige que se despenalicen el aborto como una forma de reivindicación que reconozca el derecho de las mujeres a decidir sobre

su propio cuerpo, garantizando su derecho humano a la salud, al hacerse de manera legal, segura y accesible.

En ese sentido, Sánchez (2016) menciona que el enfoque de género y salud permite precisamente considerar “a las mujeres, no como sujetas pasivas de su salud, sino como seres con poder de afirmación”, y amplía además argumentando que es necesario que las mujeres “conozcan sus derechos, y cuenten con las redes de apoyo que les permita hacerlos efectivos para procurar su bienestar” (2016: 16).

Esta mirada pretende situar a las mujeres no como víctimas de las condiciones de vida generadas por la asimetría de las relaciones de género, sino que analiza cómo es que pese a las circunstancias restringidas en el caso particular del acceso al aborto, las mujeres desde su cotidianidad y su propio entorno atienden estos aspectos que están relacionados estrechamente con su propia salud, y parafraseando de nuevo la cita de Castañeda (2008) esta tesis está orientada por un interés emancipatorio, en el que se realiza la investigación de, con y para las mujeres; para lo que se invita a revisar en extenso la obra de diversas pensadoras feminista contemporáneas expertas en metodología desde el enfoque de género (Blázquez, Batra, Castañeda. entre muchas otras en México); pretendiendo mostrar, desde este enfoque de género y salud, el posicionamiento de las parteras tradicionales entrevistadas respecto a la realización de abortos inducidos, cómo miran ellas su quehacer, cómo miran a las mujeres que acuden a ellas, con cuáles mecanismos han contado para no ser vulneradas por el sistema de salud hegemónico, androcéntrico amparados por un Estado patriarcal que instrumentaliza a las mujeres como úteros útiles y no como personas con ejercicio pleno de los derechos humanos y autonomía esta última como un abanico de opciones entre los cuales elegir (Meza y Jasso, citado por Sánchez, 2016); y si es posible o no, a través de la sororidad, revertir los efectos de un sistema capitalista mercantil, en donde los cuerpos de las mujeres solo son visibles si nutren, paren, dan placer a otros o son nota roja de portada.

Desde la perspectiva de género y salud y mi mirada como mujer, joven, estudiante de posgrado, mestiza, chiapaneca, realizando una tesis sobre mujeres que ayudan a otras mujeres en un momento complejo en la historia reproductiva de cualquier mujer, pretendo

además, analizar si en algunas realidades la suma de intersecciones (clase, etnia, religión, edad, baja o nula escolaridad) en las parteras tradicionales, operan de manera desafiante ante el mito folclórico, el tabú, el prejuicio y el miedo sobre su ancestral figura, desde la *hechicera* hasta la *Bella Dona*⁵, esto para desmontar la mitología y contribuir a la deconstrucción de la historia de las mujeres en mi país y específicamente en mi estado.

En esta tesis, las regiones elegidas para realizar el trabajo de campo fueron dos por cuestiones de tiempo y costo. Se tuvo la posibilidad de elegir dos zonas contrastantes entre sí, la Región socioeconomía V Tsotsil-tseltal con mayoría de población perteneciente a estos dos grupos étnicos, y con altos índices de pobreza, y la Región XV Meseta Comiteca Tojolabal, la cual como su nombre lo indica, tiene algunos elementos propios de una región con afluencia migratoria del sur, y con mejores condiciones económicas que la región V, de tal manera que a pesar de lo reducido del universo de estudio, se pudieron retratar dos realidades.

Región V: Tsotsil–Tseltal

Según datos de El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2016), Chiapas tenía la más alta proporción de población en situación de pobreza en el país, con el 76.2%, entre los años 2012 y 2014, equivalente a 3 millones 962 mil de sus habitantes, mientras en el 2016 hubo un incremento de 1.5 puntos porcentuales de población en esta situación, haciendo un porcentaje total de 77.1%.

La región socioeconómica V Altos de Chiapas, se integra por 17 municipios localizados en la parte central del estado, “colinda al norte con las regiones VII De los Bosques, al este con las regiones XIV Tulijá Tseltal Chol y XII Selva Lacandona, al sur con las regiones XV Meseta Comiteca Tojolabal y IV De los Llanos y al oeste con la región VII De los Bosques y con la I Metropolitana” (Programa Nacional de Desarrollo, 2013-2018, Región V Altos Tsotsil – Tseltal: 15).

⁵ El historiador francés Jules Michellet menciona que en los escritos del médico renacentista Paracelso, se reconoce la sabiduría de las mujeres sanadoras como brujas o mujeres hermosas pero temibles Bella Donas.

Los municipios con mayor porcentaje de población en situación de pobreza dentro de la Región Altos son: Aldama, San Juan Cancuc, Chalchihuitán, San Andrés Duraznal y Santiago el Pinar (CONEVAL, 2010).

En cuanto a la población que habita, “según el Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) esta región tenía una población de 601,190 personas, que representa 12.53% del total estatal y la densidad de población es de 161 habitantes por km²” (Programa Nacional de Desarrollo, 2013-2018, Región V Altos Tsotsil – Tseltal: 20).

Del total de habitantes, “52% son mujeres y 48% hombres. Además, 39% de la población se asienta en localidades consideradas urbanas y 61% en rurales” (Programa Nacional del Derarrollo, 2013 – 2018, Región V altos Tsotsil – Tseltal: 23). Además de ello, una de las características de la región Altos es que “cuenta con un porcentaje muy alto (el 82.82%) de hablantes de lenguas de la familia mayense (tsotsil, tseltal y chol)...” (Viqueira, 1995: 14).

Con respecto a las carencias en salud se afirma que “las enfermedades más comunes que se presentan son la tuberculosis, con una tasa de prevalencia de 0.11, tracoma con 0.14, paludismo con 0.07, VIH-Sida en jóvenes de 15 a 24 años con 0.15 y mortalidad materna con 0.55, que coloca a la región en noveno lugar estatal” (Programa Nacional de Desarrollo, 2013 – 2018, Región V Altos Tsotsil – Tseltal: 23)

En cuanto a cobertura, “548 médicos prestan sus servicios, de los cuales, 15.88% pertenece a la seguridad social y 84.12% a la asistencia social. En este sentido, se tiene un padrón de 341,199 derechohabientes, que corresponde a un médico por cada 623 personas” (Programa Nacional de Desarrollo, 2013-2018, Región V Altos Tsotsil – Tseltal: 24). Respecto a otros agentes de salud, existen vacíos de información, en ese sentido Sánchez, Moreno y Pérez, (2015: 135) refieren que los saberes de las parteras que proporcionan salud no se encuentran reconocidos en el rango de valoración de la medicina hegemónica, ni siquiera en contextos marginales del país, como lo son muchas de las zonas indígenas de Chiapas.

En un contexto general, estimaciones del mismo Programa Nacional de Desarrollo, 2013-2018 (2017: 24), puntualiza que, “según la encuesta para calcular el Índice de Desarrollo

Humano (IDH) en Chiapas 2011, de 610,840 personas encuestadas, 87.84% se encuentra en situación de pobreza, de este, 55.94% se encuentran en pobreza extrema y 31.90% en pobreza moderada”.

Regiones XV Meseta Comiteca Tojolabal

La región XV del estado de Chiapas está integrada por nueve municipios, la principal cabecera municipal es Comitán de Domínguez. En esta región habita el 10% de la población total del estado. Es una zona de constante paso migratorio, y el porcentaje de analfabetismo de esta región es del 23.4% (INAFED, S/F).

El grado de pobreza de la población está considerado como un nivel intermedio, dado que siete de cada 10 habitantes se encuentran en pobreza patrimonial definido como una población que puede cubrir ciertas necesidades mínimas que incluyen alimentación, educación y salud; sin embargo, se encuentran con ingresos limitados para la adquisición de vivienda y algunos otros gastos relacionados a la transportación, el vestido y el calzado para todos los miembros de la familia (Plan Nacional de Desarrollo, 2007).

Muchas de las dinámicas de esta región se encuentran en constantes transformaciones por ser un espacio geográfico que alberga a mucha población proveniente de Guatemala, situación que se intensificó en los años 80 tras los conflictos económicos y políticos que enfrentaba dicho país. Viqueira (1995) señala que esta región puede subdividirse en: Selva, Llanuras de Comitán, Valle de Grijalva y las Margaritas, cada región se diferencia en cuanto a grado de pobreza, nivel de educación, así como condiciones de salud y vivienda.

En la región se puede distinguir además cuatro áreas fisiográficas en donde se extienden los nueve municipios: Los valles centrales en donde están, en parte, los municipios de La Trinitaria, Tzimol y Socoltenango; el altiplano central –meseta comiteca– en donde se encuentra la ciudad de Comitán de Domínguez y zonas de los municipios de las Margaritas, la Independencia, La Trinitaria, Tzimol y Socoltenango; las Montañas del Oriente –zonas de las cabañas– en donde se ubican parte de los municipios de las Margaritas y la Independencia, además de Maravilla Tenejapa. Los municipios de Chicomuselo y Frontera

Comalapa se sitúan en la parte interna o norte de la región de la Sierra Madre (Ramos, 2012: 18).

La mayoría de la población habla español y su lengua de origen, que por la zona suele ser el tojolabal, aunque a menor escala también un porcentaje de la población habla tsotsil y tseltal, además del mam y el kanjobal. En cuanto a la escolaridad, existe un registro que señala que el 23% del total de la población de mujeres adultas son analfabetas (Ramos, 2012: 29)

Población de estudio

Este apartado se enfocará en describir quiénes son estas parteras para darle una presencia a sus narrativas, ubicarlas a partir de sus contextos y ofrecer a quien lee, la posibilidad de recrear a las protagonistas a partir de algunas características generales.

La opción de situar a parteras de dos zonas distintas permitió encontrar diferencias en cuanto a la forma en la que se organizan. Por ejemplo, la mayoría de las parteras de la Región XV acude a capacitaciones impartidas por el Sector Salud, generando que se puedan conocer y ubicarse fácilmente.

Aunque las parteras de ambas zonas pertenecen a una red de parteras capacitadas para realizar abortos con medicamentos por parte de una organización no gubernamental que las apoya, no todas se concentran en un mismo lugar o se llegan a conocer entre sí.

Las parteras de la Región V, en comparación, no suelen acudir a cursos impartidos por las instancias de salud; ni por la organización que las capacita, esto se debe muchas veces a las distancias entre los mismos municipios que conforman la región, lo que imposibilita una relación más cercana de colaboración entre ellas, impidiendo además, generar una red de apoyo para los casos atendidos de interrupciones de embarazo. Por lo que una de las ventajas que perciben las parteras de la Región XV hace alusión a que la cercanía geográfica y el trabajo en conjunto, les ha permitido que entre ellas puedan asesorarse o incluso, se puedan prestar insumos médicos para brindar dicha asistencia.

A continuación, en la tabla 2, se muestran algunos datos importantes de las parteras que participaron en esta investigación.

Tabla 2 Características generales de las parteras entrevistadas.

Nombre	Región	Edad	Escolaridad	Años ejerciendo la partería	Adquisición del conocimiento de la partería	Lengua materna	Religión
Doña Isabel	Región V	53 años	Primaria incompleta	20 años	Conocimiento heredado por la suegra	Tseltal	Católica
Doña Luz	Región V	63 años	Primaria incompleta	25 años	Conocimiento heredado por la hermana	Castellano	Católica
Doña Rosario	Región V	39 años	Primaria completa	16 años	Conocimiento adquirido a través de los sueños	Tsotsil	Rituales de la comdad.
Doña Josefina	Región V	47 años	Sin escolaridad	25 años	Atendió su propio parto "conocimiento empírico"	Tsotsil	Católica
Doña Antonia	Región V	36 años	Primaria incompleta	12 años	Conocimiento adquirido a través de los sueños y madre partera	Tsotsil	Católica
Doña Socorro	Región XV	62 años	Preparatoria terminada	43 años	Conocimiento heredado por la abuela	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Gertrudis	Región XV	66 años	Primaria incompleta	45 años	Conocimiento heredado por la madre	Castellano /Tojolabal	Católica
Doña Angelina	Región XV	36 años	Secundaria completa	16 años	Conocimiento heredado por la madre	Castellano	Católica
Doña Lupita	Región XV	57 años	Secundaria terminada	40 años	Conocimiento heredado de la madre	Castellano / Tojolabal	Católica

Fuente: Elaboración propia con base a trabajo de campo realizado de marzo a junio 2018.

En la tabla 2 se pueden observar las edades de las parteras y los años de servicio que tienen ejerciendo, demostrando con ello, la larga experiencia de sus prácticas. La iniciación dentro del campo de la partería se da por lo regular a edades muy tempranas, algunas atendiendo partos desde los 14 años de edad, como es el caso de las señoras Angelina, Gertrudis y Margarita de la Región XV; en la Región V se tiene el caso de doña Josefina y doña Antonia que empezaron entre los 22 y 24 años de edad.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de las parteras de la Región V indicaron tener primaria incompleta, destacando el caso particular de doña Josefina que pese a que no cuenta con la lectoescritura, es una partera que ha logrado adquirir muchos conocimientos empíricos sobre las prácticas propias de la partería. Doña Josefina tiene una gran habilidad en el manejo de las plantas para uso curativo y se dedica de tiempo completo a la partería, además de otras actividades como la de sobar y acomodar huesos rotos o desviados, a esta actividad se le conoce también como trabajo de huesera.

En lo que se refiere a la Región XV, las parteras manifestaron haber concluido la primaria salvo un caso, y haber comenzado con la secundaria aunque no todas lograron terminarla, sólo doña Socorro comentó haber terminado la preparatoria.

Respecto a la obtención de conocimientos, la mayoría de las parteras que participaron en este estudio dijeron haber aprendido el oficio de la partería a través del conocimiento heredado por la abuela, la madre, la hermana o en su caso por la suegra. Aunque también se encontraron casos exclusivamente en la Región V donde este conocimiento fue adquirido a través de los sueños, registrado también por otras investigaciones como la de Sánchez (2015) y Freyermuth (2018).

Para el caso específico de la lengua materna, ésta por lo regular se encuentra relacionada con la zona de dónde se es originaria, aunque no es una determinante. En este caso en específico, la mayoría de parteras de la Región V tienen como primera lengua el tseltal y las de la Región XV usualmente hablan tojolabal, aunque algunas de estas parteras refirieron que el castellano fue su primera lengua, adquiriendo después como segundo idioma el tojolabal.

Es importante mencionar que todas la parteras que narraron sus experiencias hablaban castellano ya sea como primera o segunda lengua, por lo que no fue necesario contar con traductor o traductora para el trabajo de las entrevistas.

En cuanto a las prácticas religiosas, la mayoría de parteras tanto de la Región Altos como de la Meseta Comiteca Tojolabal, declararon que profesan la religión católica; este aspecto en particular se habrá de discutir y analizar más adelante, ya que esta característica no necesariamente las limita para la realización de abortos inducidos, como podría pensarse en un primer momento.

Capítulo I. Antecedentes

1.1 El estado del arte sobre el aborto inducido

El aborto inducido en el mundo y en la última década, es presentado por Singh, Remez, Sedgh, Kwok & Onda (2018) para el Guttmacher Institute, abarcando el período de 2009 al 2017, con la finalidad de exponer las implicaciones de esta práctica en diversos países según su condición ante la ley (punible o no), cómo han evolucionado los métodos con los que se realiza, las consecuencias de su práctica clandestina, así como recomendaciones para una mejor salud sexual y reproductiva.

Singh y colaboradoras mencionan que la incidencia del aborto inducido comparado entre regiones con alta restricción (totalmente prohibido o permitido solo para salvar la vida de la mujer) es similar a las regiones donde no es punible prácticamente por ninguna causa, siendo 34 y 37 por cada mil mujeres en edades entre 15 y 44 años respectivamente, lo que varía es la muerte materna por esta causa, ya que las condiciones entre legal y no legal e inseguro, establecen la diferencia entre la vida y la muerte para las mujeres.

Así, las leyes sobre el aborto oscilan en todo el mundo entre las más limitadas hasta las más liberales y esto remarca también el mapa de pobreza o desarrollo. Los países con mayores restricciones para el aborto inducido suelen estar en vías de desarrollo en todos los sentidos (no olvidemos que dentro de los indicadores de Desarrollo están también los relativos al Género) y para complicar más el panorama contemporáneo, algunos países ricos o con ingreso medio como Estados Unidos de Norteamérica y México, respectivamente, han vuelto a incluir en épocas recientes prohibiciones respecto al aborto, a pesar de que las prácticas contemporáneas ya no ponen en riesgo la vida de las mujeres.

El mayor riesgo de la muerte materna por esta causa está en el uso de métodos invasivos para interrumpir una gestación; para la OMS, un aborto inseguro es un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado por personal no capacitado y en entornos que carecen de condiciones de estándares médicos. Este tipo de aborto ha sido considerado un serio problema de salud pública desde 1967, en la Asamblea de Salud Pública, por lo que deben evitarse dichas prácticas en condiciones riesgosas ya que causan muchos estragos en la

salud e incluso la sobrevivencia de mujeres en edad reproductiva, mismas que no cuentan con los medios para realizar una interrupción gestacional voluntaria en mejores condiciones (WHO, 2012: 17-18), y ello suele suceder con mucho mayor frecuencia en los países donde el aborto es condenado.

La otra cara de la moneda es el aborto seguro, y hoy en día, dentro de esta figura se encuentra el aborto con medicamentos, definido por la OMS (Op cit: IV) como Aborto Médico (MA por sus siglas en inglés), el cual consiste en la utilización de fármacos para finalizar el embarazo, actualmente una combinación de Mifepristona con Misoprostol. Las dosis recomendadas se establecen con claridad en la guía de Aborto sin riesgos de la OMS, donde se menciona además que en el caso de este tipo de abortos no se estima necesario el uso de antibióticos posteriores a la intervención; lo que sí se recomienda es el uso de medicamentos para el dolor (antinflamatorios y analgésicos), y aclaran que además no es indispensable una visita posterior a los servicios de salud en los casos en los que los abortos con medicamentos concluyen bien (WHO, 2012: 4-7).

El procedimiento es poco invasivo, y se realiza por medio de la colocación sublingual de las pastillas, en determinados intervalos, preferentemente antes de las 14 semanas de gestación. El proceso es similar a una menstruación dolorosa; sin que medie la introducción de objetos en el cuerpo de la mujer, no se necesita anestesia, ni se requiere de espacios hospitalarios para su realización.

Esto último ha suscitado una serie de controversias que no se abordarán en esta tesis, como el hecho de poder hacerse el aborto en casa, en condiciones seguras (como regresar al parto en casa, cuando los embarazos son de bajo riesgo).

El uso de medicamentos como el Misoprostol y la Mifepristona por personal sanitario de nivel medio (parteras y enfermeras) está ayudando a que se hagan de mejor manera las interrupciones de embarazos no deseados, inclusive en los lugares en donde está prohibida dicha asistencia, (Singh, et al, 2018 y Contraception, 2018) y que en muchos de estos casos, suelen ser regiones empobrecidas, lejos de los servicios de salud y donde las mujeres pueden tener muy comprometida su nutrición.

En su informe mundial, Singh et al. (2018) refieren que la proporción de embarazos no deseados en las regiones en desarrollo se estimó en 65 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años de edad a diferencia de las mujeres del mismo rango etario en las regiones desarrolladas, cuyos embarazos no deseados se calcularon en 45 por cada 1000. Desde esta tesis, aunque no es el objeto de estudio se ha de mencionar que se estima muy importante ampliar la educación sexoafectiva para el uso de anticonceptivos tanto en hombres como en mujeres, así como la liberalización del aborto en las regiones en desarrollo, para evitar maternidades forzadas y paternidades irresponsables.

No obstante, y coincidiendo con otros estudios que se presentan más adelante, el informe a nivel mundial de Sinhg et al. (2018) hace referencia a que la despenalización del aborto o el incremento de sus causales no resuelve en automático el acceso, la seguridad, la calidad de los servicios, ni el estigma en torno a dicha práctica en los países donde hay problemas de acceso a la interrupción legal del embarazo.

Las autoras destacan así mismo, el impacto positivo que está teniendo en todo el mundo el aborto con medicamentos; ya que ello está marcando en muchas latitudes la diferencia entre seguro e inseguro. Y que, a pesar de las discrepancias frente a lo punible o no del aborto en los países miembros de la OMS, hay consenso respecto a los servicios que se deben de dar frente a los abortos incompletos para combatir la muerte materna por esta causa, en los servicios de salud.⁶

Insisten en su informe en que las mujeres que tengan embarazos no deseados deben poder acceder a abortos seguros sin ninguna restricción si es su decisión, garantizando los servicios y la calidad de la salud sexual y reproductiva accesible a toda la población, lo cual es clave en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, específicamente la Meta 3.7, que apoya el acceso universal a la atención de salud reproductiva, y la Meta 5.6, que apoya la capacidad de las personas para ejercer sus derechos reproductivos. La iniciativa FP2020 incluye el compromiso de ampliar los servicios de planificación familiar para llegar a 120 millones más de mujeres [sic] en los 69 países más pobres del mundo para 2020. Los acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos han desempeñado así mismo un

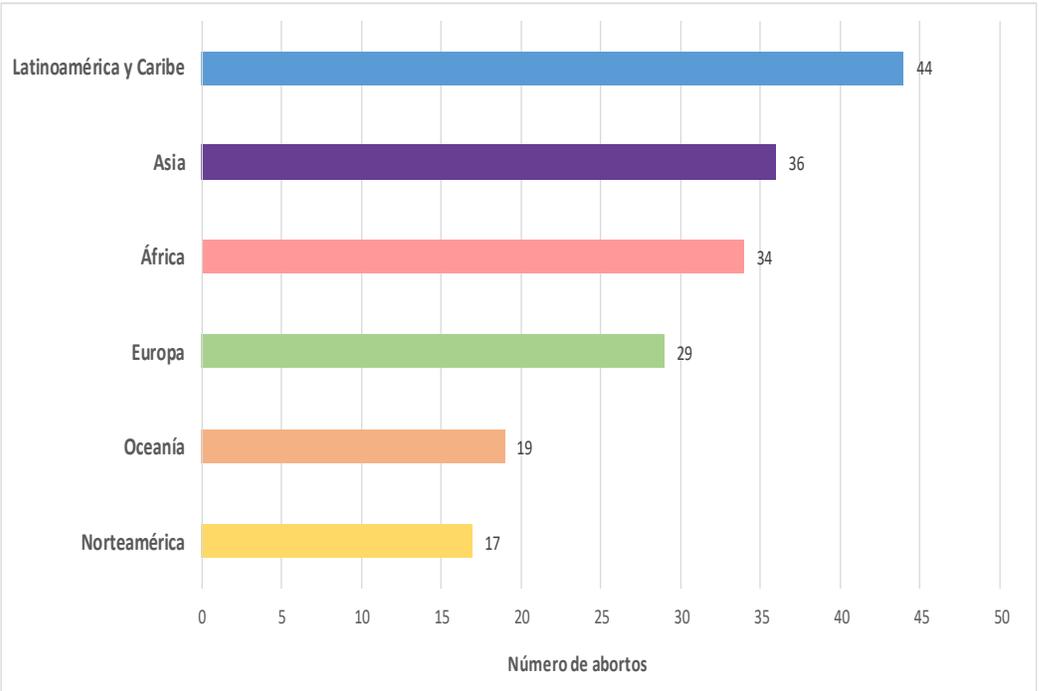
⁶ (véase también al respecto Contraception No. 97 [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(17\)30532-2/](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30532-2/))

papel importante, para lo que es fundamental responsabilizar a todos los países de dar a las mujeres su derecho al aborto legal y seguro cuando así lo requieran.

Pero la realidad aún es lejana a todas las buenas intenciones de los acuerdos internacionales, ya que incluso estimar de manera confiable las tasas de aborto inducido por país, dependerá de lo punible o no del aborto. En cada región en donde la ley es favorable a esta decisión de las mujeres, las estadísticas son directas y confiables; sin embargo, en los lugares donde su práctica es clandestina, se utilizan métodos indirectos para una posible estimación.

De cualquier manera, actualmente se cuentan con datos que orientan ampliamente sobre cómo es esta situación comparada a nivel mundial, destacándose el elevado número de abortos reportados para Latinoamérica y el Caribe, como se puede ver en la siguiente gráfica:

Gráfica 1. Número de abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad en diferentes continentes. Período de 2010-2014



Fuente: Elaboración propia con base en <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

1.2. El caso de México y Chiapas

Para el caso particular de México y Chiapas, se localizó el trabajo de Juárez y Singh (2012) quienes presentan a través de estimaciones indirectas, el número de abortos inducidos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad, para el año 2009. Para todo el país estimaron 38.8 abortos inducidos, mientras que para Chiapas fue de 25 abortos por cada 1000 mujeres en el mismo rango de edad. En este mismo estudio, reportan que para la Ciudad de México (donde el aborto fue despenalizado en el 2007 para el 1er. trimestre del embarazo y se oferta dentro de los servicios de salud públicos) la cifra es de 54 por cada mil mujeres en las edades referidas. Esto puede ser una cifra más realista ya que al ser un servicio legalizado de salud, es reportado en las estadísticas, a diferencia de lugares como Chiapas donde su práctica sigue siendo punible, lo que puede suscitar un gran subregistro.

Sousa, *et al.* (2010) exploraron sobre posibles determinantes que definen a quienes tienen un aborto inseguro en México, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica del año 2006, por medio de dos modelos de regresión logística, para estimar cuáles variables sociodemográficas interferían en que se realizaran abortos en condiciones inseguras. Su universo de estudio fue de 14,859 mujeres en edades de entre 15 y 55 años de edad, de las cuales 966 reportaron haber tenido un aborto en los últimos 5 años, encontrando que las mujeres más pobres, con baja escolaridad y origen indígena estuvieron más propensas, en caso de requerir una interrupción voluntaria de embarazo, a hacerlo en condiciones inseguras (en las variables que seleccionaron para determinar un aborto inseguro excluyen el no haber sido atendida por un doctor [sic] o en un espacio hospitalario). Cabe destacar que este estudio se realizó en 2009 con datos del año 2006; cuando el aborto con medicamento no era algo difundido de la forma en que ahora lo está.

Al respecto, el reporte de Singh et al. (2018) destaca el hecho de que en las regiones en que el aborto es condenable por muchas causas, es donde se suele practicar de manera más insegura para la salud y la integridad de las mujeres, a pesar de que muchos países desde el año 2000 están cambiando sus leyes respecto al aborto (más liberales), se considera que aún hay largos trechos por recorrer sobre todo en los países en donde los servicios de salud son deficientes y el Estado no tiene una verdadera laicidad (como México).

México es muchos países en su interior; en la CDMX la legislación y los servicios de salud favorables al aborto deberían de ser un ejemplo a seguir en toda la República, pero las regiones del Bajío y el Norte son católicas y sumamente conservadoras (baste el ejemplo aberrante de Dafne que fue encarcelada 2 años por haber tenido un aborto espontáneo en un centro comercial en Querétaro en el 2015 y liberada recientemente, gracias a la movilización de familiares y amistades para impugnar a la fiscalía una condena de 16 años de prisión⁷) y el Sur permanece entre la nota periodística por sus bellezas naturales y el rezago dada la precariedad de sus servicios de salud, por lo que en regiones como Chiapas hay un gran potencial desde el trabajo de las parteras, quienes de acuerdo a la WHO (Organización Mundial de la Salud por sus siglas en inglés) pueden realizar abortos seguros con medicamentos (Misoprostol y Mifepristona) durante el primer trimestre de gestación (WHO, 2015) si han recibido capacitación para ello, y esto se está promoviendo cada vez más en diferentes regiones del mundo.

La siguiente tabla (Tabla 3) muestra la vigencia del trabajo de las parteras en la actualidad, a nivel nacional, y para el caso específico de Chiapas.

Tabla 3. Total de nacimientos y porcentaje atendidos por parteras, Nacional y Chiapas, diferentes años.

Año	Total de Nacimientos		% Atendidos por partera	
	2000	2017	2000	2017
Nacional	2,798,339	2,234,039	20	4
Chiapas	138,167	131,601	62	31

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de natalidad. (2017) <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>

1.3 La legislación del aborto en México

En México, las regulaciones en materia de aborto en general son restrictivas, excepto en la Ciudad de México, donde está práctica sí está permitida desde el 2007 por voluntad propia de la mujer hasta las 12 semanas de gestación, sin embargo, en otras entidades federativas existen solamente causales de exclusión de responsabilidad penal. En el caso de Chiapas, se

⁷ <https://www.animalpolitico.com/2017/10/dafne-presa-parto-accidental-acusan-mato-bebe/>

contemplan tres causales permitidas: violación, peligro a la madre y malformaciones congénitas. De igual manera, en las demás entidades es un delito a excepción de ciertas causales que determinan qué procedimientos debe seguir una mujer para solicitar una interrupción legal del embarazo y cómo debe presentarse la atención dentro de las instituciones de salud.

Considerando que en la Ciudad de México el acceso al aborto está contemplado por decisión voluntaria, estas variaciones entre los estados en cuanto al acceso es una situación nacional de desigualdad y discriminación jurídica de las mujeres, dado que éste se verá condicionado dependiendo su lugar de residencia (GIRE, 2015).

La siguiente tabla 4, muestra de manera ilustrativa las entidades federativas y las causales de exclusión penal en materia de aborto.

Tabla 4. Las causales por la que es legal el aborto en México para 2015 y el número total de entidades

<i>Causales de aborto</i>	<i>Número total de Entidades federativas</i>
Violación	32
Imprudencial o culposo*	29
Peligro de muerte	24
Alteración congénita	16
Problemas de salud de la mujer	14
Inseminación artificial sin consentimiento de la mujer	12
Causas económicas	2
Voluntad de la mujer hasta la 12 Semanas de Gestación	1

Fuente: Elaboración propia con base en Derechos Reproductivos en México, GIRE, 2015: 53

*Cuando una mujer aborta por causas ajenas como un accidente, cuando no es intencional

En esta tabla 4, se puede apreciar cómo en México la causal generalizada para no penalizar un aborto es violación, seguida de imprudencial o culposo y peligro de muerte; y las causales más liberales como: causas económicas que se consideran exclusivamente en 2 de los 32 estados y voluntad de la mujer, exclusivamente en la Ciudad de México.

Así, uno de los mayores problemas vinculados al tema del aborto, en la mayoría de las entidades federativas de México, se debe a la penalización de esta práctica, y como se ha mencionado antes, en el país hay una clara relación entre el perfil económico y sociocultural de las regiones, y las causales para un aborto punible, tal como se muestra a continuación en la tabla 5.

Tabla 5: Entidades según causales por las que es legal un aborto en México para el 2015

<i>Entidad federativa</i>	<i>Violación</i>	<i>Imprudencial o culposos</i>	<i>Peligro de muerte</i>	<i>Alteración congénita</i>	<i>Problemas de salud de la mujer</i>	<i>Inseminación artificial sin consentimiento de la mujer</i>	<i>Causas económicas</i>	<i>Voluntad de la mujer hasta las 12 Semanas de Gestación</i>
Aguascalientes (3)								
Baja California (4)								
Baja California Sur (6)								
Campeche (3)								
Chiapas (3)								
Chihuahua (4)								
Cohahuila (4)								
Colima (6)								
Ciudad de México (6)								
Durango (3)								
Guanajuato (2)								
Guerre ro (5)								
Hidalgo (4)								
Jalisco (4)								
México (4)								
Michoacán (6)								
Morelos (5)								
Nayarit (4)								
Nuevo León (3)								
Oaxaca (4)								
Puebla (4)								
Querétaro (2)								
Quintana Roo (4)								
San Luis Potosí (4)								
Sinaloa (3)								
Sonora (3)								
Tabasco (3)								
Tamaulipas (4)								
Tlaxcala (6)								
Veracruz (5)								
Yucatán (5)								
Zacatecas (4)								

Fuente: Elaboración propia con base en Derechos Reproductivos en México, 2015: 53

En un marco restrictivo, las condiciones y el acceso a las prácticas del aborto no son homogéneas para todas las mujeres; acceder a un servicio de aborto seguro se limita generalmente a aquellas que pueden tener condiciones socioeconómicas más favorables; mientras que quienes no pueden, por una serie de variantes y condiciones de desventaja como insuficiencias económicas, discriminación étnica, violencia generalizada en

diferentes aspectos de su vida, falta de acceso a servicios de salud, el desconocimiento y la aplicación de sus derechos, entre otras, se enfrentan a un acceso limitado para recurrir a prácticas de abortos seguros, generando una desigualdad en el acceso y en las condiciones en las que se lleva a cabo la interrupción del embarazo (CLDRPP, 1997).

1.4. Chiapas y el aborto

Como se pudo observar en la tabla 5, a pesar de que Chiapas es uno de los estados con mayor índice de pobreza y marginación según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la causal por cuestiones económicas no se contempla dentro de las opciones de interrupción legal del embarazo permitidas por la ley, a diferencia de Michoacán y Yucatán, en donde sí se contempla esta causal dentro de su legislación penal en materia de aborto (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015) a pesar de que sus condiciones de desarrollo son mejores que las de Chiapas.

En materia legislativa, el código penal de este estado sanciona el aborto inducido, de manera similar a la que se acaba de establecer en el código de Nuevo León; cito:

CAPÍTULO VI, Código Penal de Chiapas

Art 178.- Comete el delito de aborto el que, en cualquier momento de la preñez, cause la muerte del producto de la concepción aunque ésta se produzca fuera del seno materno, a consecuencia de la conducta realizada.

Art 179.- Si se hiciere abortar al sujeto pasivo con su consentimiento, se impondrá a éste y a los que intervinieren, inclusive médicos cirujanos, comadronas o parteros, de uno a tres años de prisión; si faltare el consentimiento de la sujeto pasivo, o si es menor de edad, la de los padres o tutores, la sanción será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral, de seis a ocho años de prisión.

Art 180.- Las penas establecidas en el Artículo anterior, se impondrán a todos aquellos que de cualquier forma hayan participado en el aborto; si quienes lo causaren fueran médico cirujano, comadrón, partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme al Artículo anterior se les suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio, y se les inhabilitará si se tratara

de servidores públicos, en ambos casos, hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

Art 181.- No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción o cuando la madre embarazada corra peligro de muerte, o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Art 182.- Cuando la abortante sea menor de edad, sólo se procederá penalmente en contra de aquellos que hayan intervenido para provocar el aborto, en caso de que la menor haya otorgado su consentimiento se estará a lo dispuesto a las disposiciones relativas para la evaluación de las conductas de menores.

Art 183.- A la mujer que voluntariamente practique o consienta que se le practique un aborto, se le impondrá de uno a tres años de prisión. En este caso, el delito sólo se sancionará si el aborto llega a consumarse (Código Penal del Estado de Chiapas, 2018).

Este marco legal en materia de aborto es una muestra de que en Chiapas la vida y la salud de las mujeres en edad reproductiva se ve duramente vulnerada por las condiciones que limitan y penalizan el acceso a un aborto seguro y así ha sido documentado por diversas investigaciones (Singh et al., 2018; WHO, 2015) que señalan, primero, que en la medida en que el aborto es punible por más causas, las posibilidades de hacerlo en condiciones seguras se diluyen, y segundo, la necesidad de reconocer que las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad son quienes siguen estando más expuestas a enfrentar abortos en condiciones precarias que ponen en peligro su salud y su vida, lo cual, como ya se dijo suele suceder en contextos donde las leyes sobre el aborto son más restrictivas.

Se consideró pertinente, en esta tesis, mostrar un panorama de algunos sucesos que marcaron precedente en cuanto a la legislación en materia de aborto en Chiapas, lo cual se desarrolla en el apartado siguiente.

1.4.1. El aborto en Chiapas a través del grupo de mujeres de San Cristóbal (Un caso emblemático)

En diciembre de 1990, Chiapas marcó un precedente importante al ampliar las causales de aborto en el estado; la declaración fue emitida por el que fuera gobernador en ese entonces José Patrocinio González Garrido; esta iniciativa tuvo un trasfondo político y social que enmarcó muchas de las diferentes posiciones y discursos que se tenían respecto al aborto en ese momento (Muñoz, 2017; Lamas 2013; Suárez, 2018).

A nivel nacional y para los grupos feministas, esta era una oportunidad más para dibujar el tema del aborto nuevamente dentro del ámbito político; sin embargo, las reacciones no se hicieron esperar y tanto a nivel estatal como nacional, esta iniciativa quedó solamente como un intento controversial que se revirtió al cabo de algunos meses.

La propuesta que planteaba Patrocinio González Garrido en 1990 consistía en la reformulación del artículo 136, considerando las nuevas causales en materia de aborto:

No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si esto se realiza dentro de los noventa días a partir de la concepción; cuando a causa del embarazo de la madre corre peligro de muerte o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves; cuando el aborto se efectúa por razones de planificación familiar en común acuerdo con la pareja; o en el caso de madres solteras, siempre que tales decisiones se tomen dentro de los primeros noventa días de gestación y previo el dictamen de otros médicos, cuando sea posible, y no sea peligrosa la demora, o cuando se pruebe que el aborto fue causado por la imprudencia de la embarazada (...) (Muñoz, 2017: 77)

Algunos de los argumentos expresados en Chiapas que mostraron la inconformidad sobre la ampliación de causales para acceder a un aborto se dieron, tras reflexionar que el tema del aborto estaba siendo utilizado como una forma de control sobre la natalidad, una exigencia demográfica que a nivel internacional y nacional ya se le venía solicitando al gobierno del estado; con ello, también se consideró un acto de autoritarismo político sumado a la mala relación que se tenía con la iglesia católica, dirigida en ese entonces por el obispo Samuel Ruíz García; dentro de la pugna para discutir más el tema de la despenalización del aborto, se sumó también el grupo de mujeres de San Cristóbal, quienes habían surgido para brindar atención y exigir el freno de la violencia hacia a las mujeres (2017: 76).

La fuerte presencia de comunidades indígenas y la alta tasa de fecundidad en el Estado, aunado a los altos índices de pobreza extrema y las muestras constantes de violación de los derechos humanos hacia las mujeres en general y las mujeres indígenas en particular, fueron uno de los principales factores que se tenían que analizar para entender la iniciativa de despenalización.

El aborto, aunque también puede plantearse como una de las formas de controlar la natalidad en general, fue tomando matices que obedecieron al interés del Estado dentro de un plano demográfico; interés que tuvo la intencionalidad de ver en el aborto una forma para la disminución de ciertos grupos considerados marginados o vulnerables. Este fenómeno no fue algo que surgió en el estado de Chiapas; pues tiene sus orígenes en la campaña por el control de la natalidad llevada a cabo por el movimiento feminista por la despenalización del aborto en los Estados Unidos del siglo XIX; el cual se hacía dentro del marco de la “maternidad voluntaria” y que sin embargo, fue ajustándose a otros intereses que no correspondían a la lógica feminista de ese entonces (Davis, 2004).

Ángela Davis (2004) considera que la reivindicación del aborto legal no fue una lucha en la que se inscribieran todas las mujeres dentro del feminismo de los Estados Unidos, esto se debía a la diversidad de situaciones y contextos que las mujeres han enfrentado a lo largo del tiempo y del mundo; en este sentido, el aborto visto como una forma de control de la natalidad por países desarrollados estaban siendo argumentado “en premisas descaradamente racistas” (2004: 203).

Dentro de un contexto como el de Chiapas, en donde ha existido y existe una diversidad de personas que se consideran indígenas y no indígenas, aunado al fuerte racismo que data a orígenes históricos; el tema de la despenalización del aborto en esos años invitaba a ser analizado desde diferentes posicionamientos que cuestionaron este hecho y más, si uno de los argumentos ofrecidos por el entonces gobernador hacía alusión a que su decisión se basó en una propuesta hecha por el grupo de mujeres organizadas de San Cristóbal, grupo que desconoció y negó haber participado en esa iniciativa.

Garza (2000) y Figueroa (1999) analizan la trayectoria del grupo de mujeres de San Cristóbal de Las Casas que tuvo influencia en Chiapas, este grupo de mujeres tuvo un papel

importante en el período en donde se consideró la ampliación de las causales de aborto propuesta por Patrocinio González, gobernador en turno de aquella época.

Una de las principales características del movimiento de mujeres en Chiapas se había basado en la amplia diversidad de grupos de mujeres que lo conformaban, Garza (2000) explica el contexto en el que surgió este movimiento y hace énfasis en las profundas desigualdades y diferencias que se encontraban en Chiapas, este panorama favoreció la incorporación de un grupo acogido a la pluralidad:

Este proceso organizativo ha reunido a mujeres que se ocupan de labores domésticas y asalariadas del campo y de la ciudad; a pobres y no tan pobres; a quienes han construido su identidad en torno a experiencias de la fe, junto a aquellas que no se preocupaban por lo religioso. Se encuentran entre sus filas a personas que hablan lenguas distintas y requieren traductores para comunicarse; analfabetas y quienes hacen del estudio su medio de vida (2000: 110).

Dentro de un campo de acción tan amplio, los conflictos también eran parte fundamental para expresar los acuerdos y desacuerdos; el tema del aborto fue uno de los temas que influyeron en discusiones profundas sobre la posición que se asumiría con respecto a la propuesta emitida por parte del gobierno.

Aunque las feministas a nivel nacional consideraban que la propuesta de legislar a favor de la ampliación de las causales de aborto en Chiapas era gracias a los grupos feministas de ese entonces, el Colectivo de Mujeres de San Cristóbal (COLEM) argumentó que ellas no habían realizado dicha propuesta, Martha Figueroa, quien fungía como integrante activa del COLEM en ese momento expresó que:

no teníamos la experiencia, el grupo de mujeres se había quedado casi a petición popular por una movilización en mayo del 89 y en octubre del 90. El grupo de mujeres sólo atendía casos de violencia sexual y eventualmente de violencia doméstica y no habían tocado el tema de aborto, no lo habíamos discutido, no es algo que trabajáramos... usaron al movimiento feminista, que aquí en Chiapas en ese momento era inexistente, era un movimiento de mujeres, no feminista, el grupo surgió con los grupos eclesiales de base. Así que dije: no fuimos las del grupo de Mujeres de San Cristóbal, ya nos decían así. Yo ya defendía la "A" porque, siempre fui abogada, si hubiéramos sido nosotras las creadoras de la iniciativa, el delito de aborto estaría redactado en género femenino, dado que es actora especial, ya que solo las mujeres pueden abortar y su reforma dice el que aborte... (Entrevista realizada a Figueroa (2012), en Muñoz, 2017: 78).

Las mujeres que conformaron el movimiento de Mujeres en Chiapas eran actrices sociales que buscaban hacerse presentes a través de la “autoconciencia”, lo que en un principio planteaba considerar e interpretar lo que significaba el ejercicio de los derechos; por lo que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo no estaba aún considerado en su total definición para todos los contextos. Garza (2000: 114) menciona que en el caso del movimiento de mujeres “hablar de derechos e imaginar distintas versiones sobre la equidad ha reunido a muchas mujeres, pero también ha sido centro de las más álgidas luchas y desacuerdos” y, en este sentido, el tema del aborto no fue la excepción.

Aunque este movimiento tenían temas en común como la exigencia al freno de la violencia hacia las mujeres, no todas se asumían o conocían muchos de las demandas feministas a nivel internacional o nacional, por lo que el feminismo no tuvo una presencia tan fuerte como para unificar un acuerdo general de todas sobre la necesidad de considerar al aborto como parte del derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

El movimiento de mujeres de Chiapas estaba conformado por un grupo base de mujeres católicas arraigadas a los lineamientos eclesiásticos, fueron “ellas quienes luchan más decididamente por servicios, quienes se rebelan ante las tarifas que el gobierno les impone [...] participan en las protestas políticas y en actos de solidaridad con los indígenas y sus demandas” (Garza, 2000: 120). Sin embargo, el aborto fue una de los temas más controversiales que determinó su participación dentro del movimiento.

Fue en 1991 cuando el Grupo se vio involucrado en la lucha por la despenalización del aborto [cancelando] la posibilidad de construir a partir del Grupo de Mujeres de San Cristóbal un movimiento amplio de mujeres [...] esta medida provocó la movilización de toda suerte de posiciones en favor y en contra y el Grupo de Mujeres se vio atrapado en un callejón difícil de manejar que lo colocaba entre el feminismo, con el cual simpatizaba, y la decidida oposición de las católicas, a quienes pretendía incorporar el movimiento (2000: 119).

La presencia de la jerarquía eclesiástica cuando se habla de aborto es fuerte y contundente, por lo que su oposición fue una de las principales razones para que la propuesta de ampliar las causales de aborto emitida por el estado se anulara rápidamente. San Cristóbal en ese entonces era aún un lugar conservador y religioso, por lo que ampliar las causales de aborto resultaba una falta grave a su moral y a sus creencias (Muñoz, 2017).

Algunas de las creencias religiosas establecen que la función primordial de las mujeres se rige bajo la necesidad de ser madres y esposas.

Las primeras reuniones y organizaciones de mujeres tienen sus inicios en la década de los ochenta. Garza (2000), Espinosa y Castañeda (2013) concuerdan en que fue a través de la llegada de diversas organizaciones sociales y la presencia de la política de izquierda en Chiapas que se comenzaron a hacer evidentes muchas de las problemáticas que tenían que ver con las realidades que las mujeres estaban viviendo en ese momento, por lo que resultó fundamental promover su participación.

Dentro de los principales objetivos estaba el de analizar y discutir la situación de pobreza y marginación que estaba muy presente en ese entonces; las desigualdades de clase y de etnia eran puestos sobre la mesa como una forma de ubicar el contexto de todas y todos. En este sentido, las mujeres no basaban sus demandas en sus preocupaciones personales, sino que éstas eran demandas generales que se ajustaban a las condiciones de vida en el lugar. Este hecho hizo que su presencia en las movilizaciones las ubicaba como actoras sociales que sumaban a sus filas a las mujeres desde su heterogeneidad.

El feminismo por su parte y en ese entonces figuraba para algunas mujeres (activistas, amas de casa, académicas, entre otras)⁸ que participaban en el movimiento de mujeres, sin embargo, no era un conocimiento generalizado y compartido por todas las integrantes de este movimiento, por lo que la articulación para incidir sobre la despenalización del aborto en Chiapas y en ese momento, no fue una prioridad que surgiera de las demandas de las mujeres indígenas, campesinas o católicas, e incluso se declararon en desacuerdo y en contra de esta propuesta de ley. Sin embargo, ante la necesidad de discutir y analizar el tema del aborto a profundidad, el Colectivo de Mujeres (COLEM) decidió separarse del Movimiento de Mujeres y trabajar por su parte para analizar y discutir las implicaciones del aborto clandestino en la salud de las mujeres (2017: 79).

La reforma de ley en materia de aborto que ya había sido aprobada por la Cámara de Diputados del Estado de Chiapas el 18 diciembre de 1990, quedó sujeta a una ley estatal, misma que se rigió bajo un lineamiento que consistió en esperar 90 días luego de la

⁸ Se sugiere revisar la obra de Gisela Espinosa Damián sobre *Cuatro vertientes del feminismo en México. Diversidad de rutas y cruce de caminos*, para mayor profundización del tema de feminismos en México.

aprobación de la iniciativa propuesta por el Congreso, si en este lapso existiera alguna inconformidad ciudadana el ejecutivo podía no promulgarla, por lo que esta propuesta se mantuvo congelada en 1991 quedando rechazada definitivamente en 1994 (Muñoz, 2017: 80)

Este antecedente es uno de los pocos que han sido documentados y que nos habla acerca de un contexto en donde el aborto aún estaba empezando a discutirse en el estado de Chiapas. Sin embargo y en la actualidad, se mantienen restricciones legales en cuanto al acceso al aborto seguro, y aunque en este momento existe una condición de vulnerabilidad y precariedad para las mujeres en términos de salud en esta región, es importante destacar que la asistencia de las parteras resulta crucial en esta zona, en donde los servicios de salud son insuficientes y deficientes.

En este trabajo se hace referencia a las parteras tradicionales, de acuerdo con Sánchez et al. (2015), en donde describen que son las propias parteras quienes hacen una distinción entre ser sólo tradicionales y estar capacitadas, pero todas son empíricas y para esta investigación se consideran tradicionales partiendo de que:

Las [parteras] tradicionales nacen con ese gusto o don y sus conocimientos en el manejo de plantas medicinales y procedimientos terapéuticos para curar diferentes afecciones y atender el parto-puerperio son “heredados”... La división entre parteras tradicionales y capacitadas o profesionales no es estanca, al contrario, es bastante flexible, en particular para las parteras tradicionales, quienes al recibir formación médica pasarán a ser “partera capacitada” (Sánchez, Moreno y Pérez, 2015: 140).

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre parteras tradicionales en México se centran en sus prácticas en torno al embarazo, parto y puerperio; pero incluso en otros contextos, los estudios sobre parteras no son muy abundantes en cuanto a la relación que han guardado con la interrupción voluntaria del embarazo como se verá a continuación.

Capítulo II. La figura de las parteras en las prácticas del aborto inducido

2.1. Los primeros antecedentes: Saberes, parteras y aborto

Las mujeres, a lo largo del tiempo, han contribuido en la atención a la salud en diferentes partes del mundo; un caso concreto es el de las parteras, quienes siempre han estado presentes en las poblaciones humanas no sólo en el proceso del nacimiento, sino también para atender muchas de los aspectos relacionados con el sanar y enfermar de las personas (Freyermuth 2018; Sieglin y Sánchez, 2015; Arguello y Mateo 2014; Pérez y Castañeda 2012). Hoy en día, la presencia de las parteras es una muestra de la supervivencia de los conocimientos que, por generaciones, han sido transmitidos a través de la oralidad, las prácticas y la observación entre mujeres (Sánchez, 2015).

Así, la figura de la asistencia entre mujeres al momento del parto data desde la prehistoria; Ganso (2016) refuerza la idea de que en ese tiempo, ya se comenzaba con la división sexual del trabajo, situando a las mujeres en espacios domésticos, encargadas de actividades como el cuidado y la recolección. Este contexto se ha argumentado a través de las evidencias de pinturas rupestres, que detallaban la representación del parto y la organización social de esa época.

Los estudios antropológicos que datan de esas fechas y que han estudiado el nacimiento en diversas culturas, presuponían las complicaciones en el parto y la necesidad de algún tipo de asistencia, considerando este acompañamiento casi como una costumbre universal (Ganso, 2016: 81).

La asistencia de las parteras, en este sentido, fue de complicidad y acompañamiento dada la igualdad en su condición de género; la atención del parto, entre otras funciones sexuales y reproductivas relacionadas a los cuerpos femeninos, eran temas que las parteras incorporaban dentro de sus saberes como parte de una necesidad sanitaria, obedeciendo además, a los roles asignados sobre el cuidado y la procuración de la salud. Sobre ello, Ganso documenta cómo se fue dando por ejemplo en el antiguo Egipto:

En el Antiguo Egipto, la asistencia al parto estaba reconocida como una ocupación femenina, siendo las comadronas las que atendían los nacimientos normales, incluidos los de la realeza, tal y como queda registrado en el papiro de Ebers. No hay habitualmente representación alguna de parteros varones, lo que reafirma la creencia de que el fenómeno de nacer, como en tantos otros sitios estaba controlado por la mujer: el parto era cosa de mujeres... (Ganso, 2016: 97).

Aunque los principales antecedentes de la partería tienen una relación directa con la atención del nacimiento, existía otra serie de situaciones que se presentaron dentro de la línea reproductiva de las mujeres, que necesitaron la asistencia femenina, incluyendo la anticoncepción y el aborto, un ejemplo de ello, es el que se logra documentar de la antigua Atenas:

Las parteras atenienses sabían más sobre las mujeres y la reproducción que cualquier médico hipocrático, que seguía quedando excluido de la atención al parto salvo en caso de complicaciones y en muchas ocasiones como ejecutor de embriotomías. Además de asistir al parto [las parteras], controlaban el embarazo, haciendo indicaciones sobre alimentación, hábitos nocivos, ejercicio, relaciones sexuales... Además prescribían afrodisíacos y anticonceptivos, inducían abortos, decidían sobre el futuro del recién nacido y hasta arreglaban casamientos (Ganso, 2016: 104).

Se sabe que el ejercicio de la partería incluía una serie de actividades; sin embargo, el tema de la anticoncepción y el aborto representaban por sí solos una discusión más profunda sobre su práctica. Los debates en torno al aborto, según argumenta Ganso (Idem) datan del siglo II d.C., en donde se registran los primeros precedentes de la prohibición del aborto por designo de los emperadores Septimio Severo y Antonino Caracalla, quienes establecieron lo siguiente:

He aquí el segundo precepto de la Doctrina: No matarás; no cometerás adulterio; no prostituirás a los niños, ni los inducirás al vicio; no robarás; no te entregarás a la magia, ni a la brujería; no harás abortar a la criatura engendrada en la orgía, y después de nacida no la harás morir. —En La Enseñanza de los doce apóstoles, conocida comúnmente como Didajé, es una obra de la literatura cristiana primitiva que pudo ser compuesta en la segunda mitad del siglo I— (Ganso, 2016: 192).

Las prácticas de aborto fueron y han sido consideradas adversas a la procuración de la vida, en la prohibición del aborto, aunque data de tiempos remotos, como ya se señaló anteriormente, la mayor condena y castigo recae principalmente en las mujeres. De acuerdo con Federici (2010), esto refleja procesos sociales e históricos en los que prevalece en mayor medida la misoginia, entendida como el odio hacia las mujeres como sistema cultural, avalado por instituciones como la Iglesia, la familia y el Estado, en contextos donde ser varón se considera más valioso que ser mujer.

Ante ello, el aborto y la anticoncepción representaban un proceso que otorgaba a las mujeres poder para incidir sobre su cuerpo; con lo que se convirtió en un acto de aberración

que repercutió en una lucha constante de la Iglesia y del Estado para erradicar toda posibilidad que dejara a las mujeres, el control sobre la natalidad y la reproducción (Federici, 2010).

Si bien no se puede establecer un momento exacto del origen de esta misoginia, diversas autoras feministas hacen hincapié en que en la edad media y en Europa se produjo una de las máximas expresiones de violencia hacia las mujeres, persiguiéndolas, torturándolas y matándolas bajo la justificación de ser sospechosas de la práctica de la brujería y por ende, de pacto con el demonio, mismo que las proveía de conocimientos y poder (Federici, 2010; Blázquez, 2008; Lewellyn 1996).

En este sentido, muchos de los conocimientos de las parteras o comadronas, que incluían aspectos sobre el cuerpo y la reproducción, fueron consideradas prácticas que se relacionaban con la magia. A finales del siglo XV, en un contexto de revueltas, enfermedades y crisis, la magia fue declarada un acto de herejía que atentaba contra el poder de la Iglesia, de Dios, del Estado y del hombre (Federici, 2010; Blázquez, 2008; Ehrenreich y English, 2006; Michelet, 1987).

Los conocimientos populares y los rituales naturales para celebrar las estaciones del año, la fertilidad de la tierra, entre otros, eran considerados artilugios de magia, misma a la que se le atribuía una forma de generar en los individuos una especie de encantamiento que los invitaba al libertinaje y la desobediencia. En este sentido, las prácticas femeninas ligadas a cualquier forma de conocimiento sobre pociones, brebajes naturales y caseros, las ubicaba como hechiceras, curanderas, encantadoras o adivinatoras (Federici, 2010; Michelet, 1987).

Ganso menciona que la necesidad de explicar lo sobrenatural, la salud y la enfermedad, dio paso al misterio, a lo mágico e incluso a lo diabólico, y en la edad media, la relación entre cuerpo y alma comienza a tener un significado paradigmático en una sociedad cristiana., si bien con sus contradicciones, ya que a las mujeres hasta mediados del siglo XVI por el concilio de Trento se les reconoció el alma. “En la Baja Edad Media, el cuerpo femenino va a encontrarse en el punto de mira tanto de la medicina como de la iglesia, propiciándose un

intenso debate que girará en torno a su anatomía, funciones, ciclos biológicos y sexualidad. Todas estas cuestiones serán tratadas bajo una perspectiva misógina”.(2016: 124)

En este contexto, el conocimiento de las parteras para intervenir sobre la anticoncepción y el aborto es interpretado como una herramienta de poder, Federici (2010) ubica que es en 1484 cuando se reconoce por primera vez, a la relación entre las prácticas de las parteras y la anticoncepción, la brujería y el aborto.

A través de sus encantamientos, hechizos, conjuros y otras supersticiones execrables y encantos, enormidades y ofensas horrorosas, [las brujas] destruyen a los vástagos de las mujeres [...] Ellas entorpecen la procreación de los hombres y la concepción de las mujeres; de allí que ni los maridos puedan realizar el acto sexual con sus mujeres ni las mujeres puedan realizarlo con sus maridos (Kors y Peters, citado por Federici, 2010: 247).

Ganso (2016: 139) retoma el escrito publicado en 1486, por Jacob Sprenger y Heinrich Kramer titulado “Malleus Malificarum”, en donde se contempla un capítulo completo sobre las parteras y su relación con prácticas de aborto, en el texto se consideraba que estas mujeres tenían el poder de matar lo concedido por Dios, ofreciendo este acto como una forma de adoración al demonio.

También Federici (2010) expone la relación de las parteras y las prácticas de aborto de la siguiente manera:

sabemos que muchas eran comadronas o «mujeres sabias», depositarias tradicionales del saber y control reproductivo de las mujeres... en el que sostenía que eran peores que cualquier otra mujer, ya que ayudaban a la madre a destruir el fruto de su vientre... (El Malleus Malificarum, citado por Federeci, 2010: 251).

El tema de abortar y hacer abortar también forma parte de los procesos históricos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, Ganso (2016) explica la existencia de evidencias que relacionaban a las parteras con prácticas de abortos al tiempo que atendían partos; sin que ello tuviera una mayor connotación de antinatural, no obstante con el paso del tiempo, la carga atribuida al aborto tuvo una evocación de muerte intencionada con cargas morales y éticas que fueron tomando matices legales, las cuales se intensificaron con la implantación del cristianismo.

Bajo estos argumentos, se crea un trasfondo político y de la iglesia para tener un poder sobre el cuerpo de las mujeres, el control de la natalidad y someter la reproducción al servicio de los fines demográficos y del Estado (Federici, 2010; Sánchez, 2010).

La práctica del aborto tenía una relación directa con la muerte y el asesinato, por lo que desde el siglo XV, fue rotundamente negada y condenada por la ley divina. Ante este panorama de crimen, castigo y pecado, la práctica del aborto también era considerada una cuestión de complicidad entre mujeres.

Las prácticas de las parteras fueron consideradas un acto de rebeldía, una desobediencia a la Iglesia y al Estado, pues ofrecían a las mujeres las posibilidades de conocer y controlar su propia reproducción, “efectivamente, la bruja era un símbolo viviente del *mundo al revés*, una imagen recurrente en la literatura de la Edad Media, vinculada a aspiraciones milenarias de subversión del orden social” (Federici, 2010: 243).

Existen trabajos alrededor del mundo que han documentado el papel de las parteras o comadronas a través de la historia en los diferentes territorios del planeta (Ganso, 2016; Blázquez, 2018; Lewellyn, 1996); desde su intervención en el parto, como también en prácticas de atención a la salud en general, no obstante, y citando a Sieglin y Sánchez,

la invalidación gradual de la partería ejercida por mujeres, su subordinación a la ciencia médica y los controles cada vez más estrictos sobre las prácticas de las parteras son un fenómeno característico apenas de la Modernidad. Este proceso fue logrado durante el Medievo por el paulatino sometimiento de las parteras a la Iglesia cristiana, una institución patriarcal y misógina (2015: 23)

Para el caso de Mesoamérica y en particular de Chiapas no me fue posible localizar antecedentes específicos sobre partería y abortos inducidos, a excepción del trabajo de Castañeda et al. (2012) del que se hablará más adelante. Si bien en la época contemporánea hay un amplio bagaje científico sobre el tema de la partería en Latinoamérica, México y Chiapas (véase por ejemplo, Rosado, 2018, Alfredo Austin, 1989, Pérez y Castañeda, 2012, Sánchez, 2014, 2015, 2016 y 2018; Berrío y Loggia 2014; Arguello y Mateo 2014; Freyermuth 2015, Carrillo, 1999, entre otros), estas investigaciones no se han centrado en documentar específicamente la relación entre parteras tradicionales y aborto seguro, por ello, a continuación se presentará el estado del arte más actual que se logró recopilar sobre

las parteras tradicionales y aborto inducido con el uso del medicamento, en diferentes países del mundo.

2.2 El estado del arte sobre parteras tradicionales y aborto inducido con medicamento

2.2.1 Aborto seguro según la OMS

Como ya se mencionó anteriormente, las autoras del informe sobre el Aborto de 2016 (Singh et al., 2018) sugieren que las leyes deben seguir transformándose de manera que el aborto deje de ser punible en todas las regiones, más ahora ante la opción de aborto con medicamentos que hace los procedimientos más seguros, de bajo costo y confiables con un impacto positivo en la disminución de las muertes maternas por complicaciones de abortos inseguros como se verá a continuación.

Ahora bien, ¿el uso de medicamentos para abortar abre las posibilidades para que otros profesionales de la salud atiendan este importante tema de salud pública? La OMS (2015) en su documento sobre funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto, establece de manera muy precisa que, para solventar diversas situaciones sanitarias es indispensable la implicación de otros perfiles de salud que no se circunscriban a quienes estudien biomedicina, específicamente médicos (as) y personal de enfermería.

Entre los muchos obstáculos que limitan el acceso a unos servicios de aborto sin riesgos, uno de los más críticos es la falta de personal bien preparado. Se estima que el déficit mundial de profesionales de la salud calificados alcanzará los 12,9 millones en 2035. Estas carencias son especialmente apremiantes en aquellas regiones que tienen también una alta carga de aborto peligroso y de la mortalidad conexas (WHO, 2015: 3).

Dichas directrices de la OMS, basadas en la evidencia científica, recomiendan para la realización de abortos con medicamento de hasta antes de las 14 semanas de gestación, a personal médico especializado y general, enfermeras y parteras, con la debida capacitación, provisión y uso adecuado de los fármacos correspondientes. Aconseja ampliamente a este tipo de personas que atienden la salud de la población para asesoramiento antes y después del aborto, así como para suministrar la información necesaria para el aborto sin riesgos

(Op Cit: 6-8). El uso de los fármacos Mifepristona y Misoprostol indispensables para el aborto médico por conducto de las parteras, se considera viable siempre que los beneficios derivados de la aplicación de esta opción superen los posibles daños en circunstancias específicas, circunstancias que se describen para cada recomendación (WHO, 2015: 6)

Por lo anteriormente expuesto, dentro del Marco de los Derechos Humanos respecto a Salud Sexual y Reproductiva contemplado por la OMS, se considera que un aborto médico es un procedimiento seguro para la interrupción de la gestación. Para el caso de las parteras estarían contempladas para realizarlos en circunstancias específicas con un amplio margen de confiabilidad que beneficie la salud pública de las poblaciones vulnerables, en que las mujeres tienen en primera línea el apoyo de una partera para atender su salud, como es el caso de Chiapas.

Uno de los aspectos a tomar en cuenta en la aplicación del medicamento para la interrupción del embarazo, y que se está discutiendo desde la opinión pública, son los casos de embarazos ectópicos (implantación del óvulo fecundado fuera del útero), además de otras circunstancias que se tienen que considerar y que aunque son menos graves, se requieren de una valoración previa al aborto con medicamento, como por ejemplo, las infecciones vaginales recurrentes, el uso de algún dispositivo intrauterino (T de cobre) y verificar si la mujer a tratar no se encuentra con anemia severa (Fauden y Barcelato, 2007). Lo cierto es, que para evitar la aplicación del fármaco en los embarazos no viables es recomendado un ultrasonido previo para comprobar que el cigoto se encuentre implantado correctamente en el útero; sin embargo, el uso de ultrasonido en mujeres embarazadas está determinado por el acceso al mismo, por lo que en estos casos, los síntomas físicos que se pueden presentar previos a la detección de un embarazo ectópico ayudan a tener indicios para evitar un uso inadecuado del medicamento para la interrupción. Igualmente, los demás antecedentes de salud pueden ser indagados a partir de la información proporcionada por las mismas mujeres cuando solicitan un aborto inducido.

Una vez que se ha corroborado que efectivamente hay un embarazo (las parteras suelen usar test de embarazos modernos) es necesario observar si hay dolores fuertes o constantes en la parte baja de la espalda (lado izquierdo o derecho), leves sangrados y cólicos que señalen incluso una posibilidad de un aborto espontáneo, esta información que puede

resultar muy básica y concreta puede ser utilizada por las parteras para solicitar de manera urgente un ultrasonido o en su defecto referir a las embarazadas a las estancias de salud para su debida atención, ya que en caso de embarazos ectópicos no es recomendable la interrupción con medicamento.

2.2.2 Parteras capacitadas para abortos seguros

Si bien, aún no son pródigos los estudios sobre parteras y el uso de Misoprostol y Mifepristona para la interrupción voluntaria del embarazo que desde la literatura internacional se pueden encontrar, las evidencias sobre el uso de medicamentos para el aborto voluntario como método seguro están proliferando tanto en revistas científicas especializadas en ginecología (p.e. todas las investigaciones publicadas de Beverly Winikof y colaboradores en la última década), como por la información emitida por organizaciones internacionales de salud sexual y reproductiva y redes de mujeres activistas en pro del derecho a decidir⁹.

Al respecto, en una revisión contemporánea de Shah, Ahman & Ortayli (2014) sobre las ventajas de abortos realizados de manera segura a nivel mundial, muestran cómo en general han disminuido las muertes maternas (MM) a consecuencia de abortos inducidos en condiciones seguras, así por cada 1000 mujeres en edades entre 15 y 44 años la MM de ser 35 en 1995 disminuyó a 28 en el año 2008. Esto como resultado de que cada vez más países han liberalizado las leyes que hacían punible el aborto y se realiza ahora con menos clandestinidad e inseguridad, si bien reconocen que en las regiones en vías de desarrollo el descenso ha sido menos acelerado, a pesar de que cada vez hay más certidumbre de la aplicabilidad de mecanismos y métodos seguros de interrupción del embarazo (como el aborto con medicamentos). Los autores sugieren desde su trabajo, la necesidad de que se despenalice en más lugares el aborto y se pueda acceder a métodos seguros para realizarlos (véase también Singh, et al, 2018), en pro de la salud femenina, más allá de las suspicacias de intereses políticos y económicos que obstaculizan sobre todo a las mujeres vulnerables, el acceso a métodos seguros que las libren de maternidades forzadas.

⁹ (véase <https://gynuity.org/news/gynuitys-e-news-bulletin>)

En cuanto a los estudios realizados sobre parteras y uso de medicamentos para interrumpir de manera segura los embarazos no deseados, éstos se ubican generalmente en zonas pobres del mundo, donde el aborto inducido es una de las principales causas de mortalidad materna debido al método y a las condiciones en las que se realiza, documentándose recientemente que capacitar asertivamente a las parteras en el uso de Misoprostol para dichos fines está siendo una estrategia exitosa.

Fullerton et al. (2018) reconocen las capacidades de la partería en este rubro, a partir de una revisión de lo que la Confederación Internacional de Parteras (ICM por sus siglas en inglés) considera como competencias que las parteras deben de cumplir para una buena atención en el caso de interrupciones voluntarias del embarazo. Consideraciones que se basan en encuestas que fueron realizadas por la propia ICM a sus integrantes a través de internet para determinar si estaban capacitadas para realizar dichas interrupciones adecuadamente o no, dentro de las competencias de partera, que engloban la atención integral del aborto y posaborto. Participaron 895 informantes representando más del 90% de los países integrantes de la ICM, y encontraron que la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos y con aspiración de vacío (AMEU) tenía mayor aceptación en países africanos de habla inglesa y francesa, en los países del Pacífico de Asia y en otras regiones pobres del mundo, resultando que el 85% de quienes respondieron al estudio fueron consideradas aptas para tal práctica de manera exitosa.

Las autoras también refieren que desde el 2008 y hasta la fecha, en conferencias internacionales de la ICM se ha estado abordando el tema de la capacidad y competencia de las parteras para realizar adecuadamente interrupciones de embarazos en aquellos lugares donde no sea punible, y de su contribución a realizar prácticas adecuadas que deriven en la disminución de efectos colaterales en la morbi-mortalidad materna. Esto en el marco de que uno de los postulados de la ICM respecto a los servicios que una partera puede ofrecer establece que "una mujer que busca o requiere servicios relacionados con el aborto tiene derecho a que la partera le proporcione dichos servicios". Y estudios recientes están demostrando que las parteras capacitadas para abortos con medicamento son una opción confiable para los servicios de salud y para las mujeres que lo requieran, garantizando la

calidad de la atención, en todo el mundo, pero de manera más enfática en países en desarrollo, como se muestra a continuación.

Barnard, Kim, Park & Ngo (2015) en una revisión realizada para Cochrane sobre la viabilidad de que personal no médico (parteras, enfermeras, promotores de salud) atienda interrupciones de embarazo voluntarias de manera eficiente y eficaz, a partir de un meta análisis que comparó estudios en donde se había considerado la diferencia entre los resultados de abortos realizados por personal médico versus realizados por enfermeras y parteras, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de personal que realizó de manera adecuada dichas intervenciones, por lo que consideran que tanto parteras como enfermeras debidamente capacitadas pueden realizar de manera responsable y satisfactoria abortos con medicamentos cuando así se requiera en la atención a la salud de las mujeres, lo cual coincide con las recientes recomendaciones de la OMS (2012) en cuanto a quiénes pueden realizar de manera eficaz abortos seguros sin que ello se restrinja al personal médico.

De manera más puntual, hay una reciente investigación llevada a cabo en Uganda por Cleeve Amanda, Byamugisha Josaphat, Gemzell-Danielsson Kristina, Mbona Tumwesigye Nazarius (2016) de tipo cuantitativo, randomizado, realizado con 953 mujeres de tres pequeñas clínicas rurales, suburbanas y urbanas, centrada en dos objetivos: el uso adecuado de Misoprostol en abortos incompletos y mostrar si existían o no diferencias en la aceptación de este procedimiento por las mujeres ugandeses dependiendo de si la atención la proveía una partera a diferencia de si lo ofrecía personal médico. Los resultados muestran que las mujeres entrevistadas manifestaron por igual la satisfacción indistintamente del tipo de profesional que las había atendido, lo cual demuestra que tanto las parteras como el personal médico pueden estar igualmente capacitados para lograr un aborto completo y seguro con medicamentos de acuerdo a los requerimientos de la WHO (2012: 37-38) y como parte de las demandas claramente estipuladas en las Conferencias del Cairo y Beijín (1994 y 1995 respectivamente) en donde quedó de manifiesto lo imperante que era proveer, desde los servicios públicos de salud, abortos en condiciones seguras.

Otro estudio más al respecto, es el publicado por Fawole, Diop, Adeyanju, et al. (2012) en donde a partir de hacer el seguimiento de 90 mujeres con abortos incompletos en una

clínica de Nigeria (donde el aborto es punible), a las que se les administró Misoprostol para completar el proceso, se documentó el éxito total en el 100% de los casos, destacándose la satisfacción de la atención y del servicio prestado por parteras quienes atendieron a dichas mujeres, haciendo un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las interrupciones, equiparándose la calidad de su atención a la de cualquier otro profesional médico, por lo que el equipo de investigación recomienda que se continúe capacitando y confiando en el personal de partería para dichas prácticas de abortos con medicamentos, lo cual contribuye significativamente a disminuir la muerte materna en regiones donde el aborto clandestino (autorealizado o mal practicado) es una causal del incremento de dicho indicador en los países en desarrollo.

Johnson, Maksutova, Boobekova, et al. (2018) hicieron un estudio en Kyrgyzstan (Asia Central) con parteras profesionalizadas y enfermeras familiares en un centro de salud de la capital del país, donde atienden a mujeres tanto de áreas rurales como semiurbanas, de pocos recursos, en un país donde el aborto no es punible por ninguna causa hasta las 12 semanas y su permisibilidad se amplía hasta las 22 semanas cuando las razones son por problemas socioeconómicos. El equipo de investigación quería conocer el nivel de satisfacción del servicio de estas trabajadoras de salud en la atención de abortos inducidos con medicamentos (Misoprostol y Mifepristona), así que el estudio se aplicó a 554 mujeres con abortos culminados sin complicación, encontrando que en el 100% de los casos, las mujeres dijeron que el procedimiento había sido seguro y efectivo, y que lo recomendarían a alguna amiga que lo necesitara, con lo que el equipo de investigación concluyó que efectivamente tanto las parteras como las enfermeras en dicha zona, están suficientemente capacitadas para llevar a cabo de manera segura abortos con medicamentos; no obstante, los autores hacen hincapié en un tema que también empieza a preocupar a otros países independientemente de si el aborto es punible o no, y es que se debe garantizar el abasto de los fármacos indispensables hasta este momento para la realización de abortos con medicamento como son la Mifepristona y el Misoprostol, ya que si el abasto no se garantiza, no se puede realizar esta práctica, con lo que se vuelve a vulnerar la salud de las mujeres que requieren, por las razones que sean, un aborto en las condiciones más seguras posibles.

Mención aparte merece el detallado trabajo de Holcombe, Berhe & Cherie (2015) quienes hicieron una investigación sobre las parteras de Etiopía y su posición respecto al aborto desde sus creencias religiosas y sus responsabilidades profesionales, posterior a las reformas legales en dicho país, donde se decretó desde el año de 2005 la despenalización del aborto y posteriormente se permitió a las parteras practicar dichas interrupciones con la finalidad de contrarrestar las altas tasas de mortalidad materna que prevalecían en ese país, atribuidas en parte a los abortos realizados en malas condiciones. El estudio se realizó partiendo de una encuesta realizada en el año de 2013 a 188 parteras y a 12 estudiantes del 3er. año de partería y que atendían a mujeres de zonas rurales y semiurbanas. Lo que se pretendía era conocer de qué elementos dependía el que las parteras incluyan en sus prácticas los abortos inducidos, según los años de experiencia como parteras, las actitudes hacia el aborto, la experiencia clínica sobre la práctica del aborto que tenían desde hace tiempo, el conocimiento de la ley actual frente al aborto, y el peso de la estigmatización por parte de sus compañeros por realizar abortos.

Cabe destacar que Etiopía es un país donde más del 60% de la población adulta ha manifestado que está en desacuerdo con el aborto, e incluso algunos colegios de ginecología del país no están de acuerdo con su despenalización, por lo que, al igual que en algunas regiones de Sudáfrica, son los propios médicos los que obstaculizan en los servicios públicos la realización de abortos o la ayuda para completar algún proceso incompleto (como en algunos estados de México donde el aborto es punible por diversas causas). Hasta antes del 2005 la única causa por la que una mujer podía abortar legalmente en Etiopía era si estaba en peligro su vida por causa del embarazo y ello debía de ser avalado por dos médicos. Actualmente la ley de ese país permite la interrupción de la gestación si el embarazo es el resultado de violación —con la sola declaración de la mujer— por incesto o deterioro fetal; si la continuación del embarazo o el parto ponen en peligro la salud o la vida de la mujer; si la mujer tiene discapacidades físicas o mentales; o si la mujer es menor de 18 años y se sugiere que no está preparada física o mentalmente para el parto.

En este estudio, los autores mencionan que desde la reforma de la ley del aborto en Etiopía a la fecha, se han elevado los abortos inducidos, aunque no se conoce bien esta ley entre todo el personal de salud y las prácticas del aborto no son seguras en toda la región, pese a

que se ofertan mayoritariamente por los servicios públicos de salud y precisamente una de las estrategias es que fuesen realizados por parteras.

Entre los años de 1980 y 2005, habían 980 parteras registradas en Etiopía; para el año 2012 este número se había incrementado a 4 725, como resultado de las diversas políticas gubernamentales de fomentar la formación de parteras, bajo la lógica de que sus costos de atención son más económicos que otros servicios médicos, que son más cercanas a las mujeres y como táctica para disminuir la morbi-mortalidad materna de esa región (Holcombe, Berhe & Cherie, 2015)

No obstante, no es lo mismo formar parteras para atender cuestiones relacionadas con la gestación y el parto, que aceptar que estas parteras estén capacitadas para hacer interrupciones de embarazos, aunque sea algo estipulado por las competencias de la ICM, como ya se mencionó anteriormente. Para el caso de México (Sánchez, 2014, 2015, 2016), en donde ya el solo hecho de ser partera, puede no ser considerada una profesión de prestigio, el que socialmente —ya sea por personal médico o población general— se reconozca su capacidad para realizar abortos puede ser otro elemento que las re-estigmatice, y es justo lo que estos autores muestran en su trabajo, el cómo influyen diversos elementos del contexto para que las parteras accedan o no a realizar abortos en Etiopía.

Así, la encuesta final aplicada de manera escrita en el 2013 por Holcombe, Berhe & Cherie (Op Cit) a 188 parteras para determinar los factores que hacían proclives la disposición a realizar abortos seguros, contenía: Datos sociodemográficos generales, conocimiento de la ley, actitudes hacia el aborto, capacitación y experiencia clínica relacionada con el aborto, disposición a brindar servicios, y las opiniones de las encuestadas sobre las responsabilidades de las matronas con respecto a la mortalidad materna y el aborto, además de 12 entrevistas a profundidad para esclarecer algunos detalles de los datos cuantitativos. Todo el trabajo se realizó bajo consentimiento informado de las participantes.

Los resultados de la investigación muestran que más del 60% de las parteras respondieron que las personas pueden llevar sus ideas religiosas a su práctica profesional, por lo tanto tienen derecho a negarse a realizar abortos; pero estaban conscientes del problema que

implica en su país el tema de los abortos inseguros e incompletos, por lo que más del 90% de las encuestadas aceptaron que realizan abortos con medicamentos, si bien desean recibir mayor capacitación al respecto, y a pesar de que conocen que la ley ahora no prohíbe el aborto en su país, no lo reconocen como un derecho de las mujeres, sino como algo que ayuda a salvar sus vidas.

No resultó significativo el temor a ser estigmatizadas profesionalmente como “aborteras” a pesar de la alta religiosidad de las parteras. En las entrevistas a profundidad mostraron de manera más transparente su disposición a realizar abortos seguros para disminuir la morbilidad materna de su país, si bien desean mayor capacitación al respecto en consonancia con la ley y las políticas de su país en pro de interrupciones seguras de los embarazos no deseados.

Relacionado con el estigma sobre quienes realizan los abortos inducidos, Aniteye, O'Brien & Mayhew (2016), realizaron una investigación en Ghana que consistió en un estudio cualitativo descriptivo con entrevistas a profundidad en tres hospitales y cinco centros de salud en la ciudad capital de Ghana, con un total de 36 participantes, entre obstetras, ginecólogas(os), enfermeras-parteras y especialistas en farmacéutica. El aborto en Ghana contribuye significativamente a sus altos índices de mortalidad materna, y es que la ley promulgada para despenalizar el aborto es relativamente liberal pero ambigua y confusa en su interpretación; al parecer permite que cualquier miembro del personal de salud entrenado realice abortos hasta las 9 semanas de gestación y en caso de tratarse de más semanas de embarazo, solamente pueden realizarse por personal ginecobstetra; además se deben realizar en hospitales o clínicas establecidas, lo que ha derivado en altos costos de las intervenciones, elitismo –las mujeres pobres no lo pueden pagar– y en que se perpetúe la clandestinidad y la inseguridad en su práctica. Algunas organizaciones no gubernamentales como IPAS o MEXFAM proporcionan este tipo de servicios con costos más asequibles a la población vulnerable, pero la ley con su amplia interpretación, muchas veces no les ampara, por lo que siguen practicándose de manera clandestina y ello conlleva a la mayor barrera que enfrenta el aborto en esta región: el estigma, tanto sobre quienes lo realizan como sobre quienes se someten a ello, abarcando incluso a familiares y amistades que cuiden a la paciente como si de VIH, tuberculosos o lepra se tratara (Op Cit: 2)

Los hallazgos de la investigación citada muestran que el estigma afecta la provisión de servicios de aborto seguro en Ghana. Éste se compone de diversas maneras; según los resultados, por un lado la ley confusa propicia que las instituciones no sean claras en su papel frente a su práctica y no difundan los protocolos de atención para quienes sí practican el aborto y una gran parte del personal de salud muestra abiertamente su renuencia ante quienes realizan abortos; a su vez, las mujeres que buscan una interrupción voluntaria también son víctimas del estigma y siempre bajo la posibilidad de ser denunciadas ante la ley por solicitar abiertamente esa práctica, la cual tiene una fuerte carga religiosa y sociocultural.

De esa manera, el estigma sobre quienes practican o solicitan un aborto es muy fuerte, incluso, los autores mencionan que, quienes realizan investigaciones al respecto también son estigmatizados, por lo que consideran indispensable que la Ley en torno al aborto en Ghana, sea reformulada para que se establezca de manera clara la no punibilidad del aborto inducido, esperando que con ello, los servicios de salud y sus proveedores, acaten las normas y permitan realizar adecuadamente abortos seguros en un país cuya mortalidad materna es de 319 mujeres por cada cien mil nacidos vivos (Op Cit: 1) y de las cuales el 11% se atribuyen a abortos mal practicados. No obstante, este estudio se realizó para un grupo muy diverso de profesionales de la salud, no necesariamente parteras.

Un año después, fue publicado el trabajo de Opong-Darko, Amponsa-Achiano & Darj (2017), donde muestran una cara muy valiente de las parteras ghanesas, respecto a la práctica de abortos en su país (similar a los objetivos y hallazgos de esta tesis), el solo título habla de su valentía “Estoy lista y dispuesta a proporcionar el servicio... Aunque mi religión frunce el ceño sobre el aborto”. No es necesario repetir el contexto en que se dan la mayoría de los abortos inducidos en Ghana, ni la problemática de la interpretación de la ley al respecto; más bien es de destacar que en este estudio se menciona cómo dentro de las competencias de la formación de parteras en Ghana, está el AMEU (aspiración de vacío manual), para los casos en que los abortos sean incompletos; no obstante de manera específica, no se conocía en Ghana cuál era la posición de las parteras frente a la práctica del aborto, por ello la relevancia del estudio, ya que explora tanto las opiniones de parteras en torno a la interrupción del embarazo, como sus potencialidades como agentes de salud

en dicha región al incluir su participación y capacitación para la realización de abortos seguros.

Oppong-Darko Prince, Amponsa-Achiano Kwame y Darj Elisabeth (2017) mencionan que realizaron este trabajo de corte cualitativo con 7 parteras que de manera voluntaria e informada quisieron participar en la investigación, todas ellas del Oeste de Ghana, donde se ubica un centro de salud y nueve clínicas pequeñas en una zona mayoritariamente rural. Se analizó la información detalladamente por el equipo de trabajo, y se encontró que las parteras abarcaban un rango que iba de 1 hasta 20 años de practicar la partería, cuyas edades oscilaban entre los 31 y 59 años de edad. Las categorías de análisis fueron tres y cada una tenía sus correspondientes subcategorías (de manera similar a la metodología de recogida de datos y análisis de esta tesis): 1) Motivación para ser partera, pasión por la salud materna, experiencias previas y falta de oportunidades profesionales, 2) Abortos inseguros comunes y ocultos, estigmatización, prácticas de aborto inseguras y 3) La ley y el aborto, conocimiento e ignorancia de la ley existente, opiniones sobre la ley del aborto, disposición para proporcionar servicios de aborto seguro.

Los resultados de la investigación señalan que las parteras usaron la palabra “pasión” para describir la entrega y el interés de procurar la salud de las mujeres que viven en las mismas regiones rurales que ellas, y contribuir a disminuir la muerte materna que es un lastre del que ellas tienen conocimiento desde que eran niñas. Sobre la estigmatización en relación a la posibilidad de realizar abortos seguros, ellas manifestaron que no es un tema que hablen abiertamente con todo mundo ya que es un tabú con fuertes cargas sociales y por lo mismo ubican la práctica del aborto de manera más bien clandestina e insegura (muchas veces autopracticado con altos riesgos, por las propias mujeres) por lo que tienen una fuerte preocupación por el impacto en la salud materna.

Algunas parteras mencionaron el uso de Misoprostol vía vaginal e infusiones de hierbas para culminar los abortos autoinducidos pero incompletos que les llegan. Sobre la ley en torno al aborto en Ghana, se vuelve a comprobar como en el estudio de Aniteye, O’Brien & Mayhew (2016) los serios problemas para su interpretación debido a la manera en que está formulada; así que las parteras mencionaron que si la ley fuera más clara, sería más fácil comprender cuándo está permitido realizar un aborto en su país.

Respecto a la disposición para proveer abortos seguros, hubo discrepancias para emitir su opinión; por un lado, algunas parteras comentaron que sus creencias religiosas les impedían realizar abortos pero sí podían auxiliar casos de abortos incompletos o dar consejería al respecto, y por otro lado, hay parteras dispuestas a dar el servicio a pesar de su religión tal como lo dice el título del trabajo.

En la discusión de la investigación Oppong-Darko et al., (2017) señalan que a mayor capacitación, las parteras están más dispuestas a realizar abortos seguros y evitar perder mujeres en edad fértil; sugieren que si los servicios de salud en zonas del tercer mundo, desean implementar exitosamente la realización de abortos inducidos seguros deben de saber que dependen de la aceptación sobre el tema de parte de los prestadores de los servicios de salud y la comunidad en general; quienes deben de conocer el impacto que los abortos mal practicados tienen en la salud de las mujeres, que los países donde el aborto no es punible la mortalidad materna ha disminuido considerablemente (véase al respecto Singh, et al, 2018) y que las parteras debidamente capacitadas son agentes confiables como proveedoras de dichos servicios, como ya se ha mencionado en otros estudios citados en esta tesis.

2.2.3 Parteras y aborto seguro en México

El único estudio localizado para el caso de México sobre parteras y su implicación en el aborto inducido, tiene ya más de tres lustros de haber sido publicado y es el de Castañeda, Billings, & Blanco (2003) quienes exploraron y publicaron en diferentes versiones los hallazgos que encontraron en un grupo de 9 parteras tradicionales, cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 62 años de edad de un pueblo rural de Morelos, y que fueron entrevistadas respecto a sus creencias y prácticas en torno al aborto, y mediante el análisis del discurso muestran los resultados en torno a si consideraban un aborto como un “no poder cumplir” de las mujeres (cuando era espontáneo) y en qué circunstancias lo justificaban como ayudar a las mujeres a “dejar pasar” el período, (es decir, provocar el sangrado por interrupción de la gestación intencionalmente) enfatizando la primicia de su estudio sobre el rol de las parteras frente al aborto inducido y sus cuidados, a principios del presente siglo en México.

Los resultados indican que las parteras que entrevistaron distinguían muy bien un aborto espontáneo de uno inducido. El primero lo explicaban como el exceso de trabajo inadecuado para una embarazada, así como el enojo y el susto, aunado a la malnutrición y la violencia doméstica en que vivían las mujeres del contexto en que trabajaban como parteras.

Respecto al aborto inducido, en el discurso de las parteras que entrevistaron Castañeda et al., (2003) se podían observar calificativos como: asesinato, pecado grave y señalando a quienes lo cometían como perros o cerdos, así como un serio estigma sobre las mujeres que se cree que lo practicaban con frecuencia, como método anticonceptivo.

Pero a su vez su discurso rayaba en lo contradictorio, ya que las parteras mencionaron las razones por las que se podía hacer un aborto voluntario por ejemplo si la criatura venía mal, si eran madres solteras, si el bebé era de un padre distinto a la pareja actual (abuso o infidelidad), o bien si se trataba de mujeres muy pobres. Llama la atención que en este estudio, ninguna de las parteras entrevistadas aceptaron que inducían abortos, y la mayoría negó conocer algún método para realizarlo.

No obstante, algunas mencionaron que sabían qué se podía usar: un catéter insertado en el útero; inyecciones de metharina; Zoapatle (*Montanoa tomentosa*) con chocolate muy caliente complementado con una ducha caliente, inyecciones hormonales, principalmente progestinas; raspado del útero (legrado); “Succión con una jeringa”; cargando objetos pesados (también causa de aborto involuntario); y dejarse caer o resbalarse intencionalmente. (Castañeda et al., 2003:81), además de saber sobre las consecuencias de los abortos inconclusos.

Las parteras entrevistadas en ese estudio mencionaron que los varones rara vez se involucran en los abortos inducidos y manifestaron que el mayor temor por abortar no lo tenían ante Dios, sino ante el estigma de la sociedad “pero cuando una toma la decisión el miedo no nos detiene” (2003: 81), observándose una contradicción ante el hecho de no aceptar abiertamente que practicaban abortos.

Mencionaban también las parteras una serie de remedios herbales e inyecciones hormonales con las que hacían “bajar la regla”. Sin embargo, refirieron que si con eso bajaba la regla,

significaba que las mujeres atendidas no estaban embarazadas, con lo que se vuelve a visibilizar su posición ambigua frente al aborto inducido.

Respecto a la provisión de cuidados de las parteras hacia las mujeres de sus comunidades, en este estudio es evidente que corrían graves riesgos al atender abortos incompletos con sus propios medios o bien al trasladarlas a algún centro de salud, bajo el riesgo de ser atrapadas por la policía y ser encarceladas, por el solo hecho de acompañar a la mujer con el aborto incompleto.

Por último, dentro de las conclusiones y recomendaciones de este estudio, Castañeda et al., (2003) sugerían que en México se debería reconocer y valorar desde los servicios públicos de salud la riqueza y conocimiento de las parteras, así como su cercanía y confiabilidad con la población femenina de las zonas rurales e indígenas, sobre todo en cuanto a prácticas seguras del aborto inducido. Hace 16 años ya de este estudio.

A continuación se presentan los resultados de esta tesis, que amplían el panorama sobre parteras tradicionales, aborto seguro con medicamento, y determinación y autonomía de las mujeres de una región del sur de México.

Capítulo III. Dimensiones de Estudio y Resultados

El objetivo principal de esta tesis consistía en presentar puntos de vista de parteras tradicionales de la región V Tsotsil y la región XV Meseta Comiteca Tojolabal respecto a sus experiencias en la interrupción del embarazo con medicamentos, aun sabiendo que corren un riesgo ante la ley, para ello, se consideraron diversas categorías que enmarcan estas realidades.

3.1 La partería y el aborto

- ❖ Ser partera
- ❖ El gusto de ser partera
- ❖ Dejar pasar, interrupción o aborto (el antes y el ahora)
- ❖ Sororidad
- ❖ Cómo es la ayuda
- ❖ Cómo aprendió a realizar el aborto con medicamento

3.1.1 Ser partera

Esta categoría se refiere a lo que ya se mencionó con antelación en esta tesis, al decir que ser partera implica una vocación y un compromiso social con la comunidad en la que viven; generando redes de apoyo para la salud de las mujeres y del entorno. Su formación es empírica, combinando sus propios conocimientos adquiridos de otras mujeres o de manera onírica y de algunas capacitaciones de los servicios de salud.

En este trabajo, las parteras entrevistadas de la Región V refirieron haberse formado a través de sueños, por un “Don Divino –enviado por Dios¹⁰–, “por su propia experiencia de vida” o por herencia familiar.

Comenzando con las parteras de la Región V, se tiene el caso de Josefina, quien expresó que su formación como partera se realizó gracias a su experiencia de vida y a la atribución de conocimientos dotados por un Don Divino:

¹⁰ El vocablo referido a la deidad mencionada por las parteras se puso con mayúscula para retomar el énfasis que ellas hacían al mencionarlo, recordando que de las 10 entrevistadas, 9 dijeron profesar la religión católica.

Josefina (Región V): Yo tuve la gran necesidad de ser partera porque mi suegra acababa de morir y no había ni quién me cuidara, mi esposo se fue a traer a la partera que me iba a atender el parto pero ya no alcanzó a llegar, cuando la partera vino yo ya me había aliviado, entonces yo tuve la necesidad de atender a mi hijito, tuve la necesidad de cortar el ombligo y lo arreglé todo yo sola, de eso mismo la gente se dio cuenta, que si me pude arreglar a mí misma sola, que no pudiera arreglar a otras personas de otro cuerpo. Entonces por ese motivo la gente me empezó a buscar y la mera verdad, cuando yo empecé a hacer estos trabajos me tocó con partos difíciles porque las atendían otra partera y como venían parados los bebés no lo podía atender la partera que lo estaba viendo y ya me venían a traer a mí, y yo la verdad como soy una partera que Dios sí me lo envió, Dios me lo dio, yo sabía qué hacer en esos casos difíciles. Muchas veces yo iba y veía que solo la patita estaba afuera y todo lo demás adentro, yo iba y le paraba los pies del niño a la señora y lo sacudía para que se fuera la otra patita y la acostaba y le sobaba abajo para componerle las patitas y para que no sintiera dolor le ponía en las manos una “cara ovario”(hierva de la zona) y entonces salían ya las dos patitas, lo acomodaba bien y ya venían las dos patitas y entonces ya pujaba y salía el bebecito y ya que lo sacaba ya le entregaba a la partera que la había atendido primero pero la partera ya no quería recibirlo porque decía que ya había fallado su trabajo y entonces, eso ayudó para que la gente viera que salvaba a personas de partos difíciles y que decidieran venir conmigo. Es que yo la verdad no fui a aprender o estudiar, no sé ni leer pues (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

En este caso, vemos cómo la habilidad para asistir partos complicados no está necesariamente relacionada con una capacitación escolarizada.

El siguiente testimonio nos describe la manera de aprender a partir de la observación del hacer de otras mujeres de la familia, que en este caso, se dio a través de la suegra.

Isabel (Región V): Yo inicié en mi comunidad, en la colonia, mi mamá no era partera, la que era partera era mi suegra. A mí me ilusionó porque veía a mi suegra cuando atendía los partos, entonces yo le dije a ella si me dejaba ayudarla, empecé a cargarle su maletín porque antes era muy delicado atender un parto, mi suegra era curandera y partera; entonces yo le dije que si podía cargar su maletín pero mi inteligencia era que quería aprender y me decía: –No puedes hija porque tienes tu hijo y se va a enojar mi hijo si tú vas ayudarme, vas a descuidar a tu bebé y para esto se requiere tiempo y esfuerzo– y le decía yo: –sí puedo– y cuando venían a buscarla cargaba mi hijito y le decía: –¡Voy suegra!– y aunque ella no muy quería porque tenía mi hijito, sí me apoyaba, y como ahí era puro caminar en caminitos chicos, no carreteras, ella me ayudaba a cargar el niño y yo cargaba su maleta, esa era mi inquietud y decía pues: –sí vas a aprender sólo mirando. Y a veces lo dejaba yo a mi niño con tal de ir sola para poder pues, porque cuando llevaba yo a mi niño no podía estar cerca, así retirada, ya ve que antes se atendía los partos ocultos y yo tenía que estar atrás de la puerta y si tenía mi niño lo tenía cargado sólo escuchando lo que ellas platicaban, lo que le decía el paciente y nada más me decía: –pásame esto hija, pásame el otro– y nada más levantaba la tela y le iba pasando pero así fue mi inquietud (Entrevista realizada el 15 de marzo, 2018).

En algunos casos son el resultado de no tener otra alternativa, más que apoyar a las mujeres de su entorno:

Doña Luz (Región V): Yo me hice partera porque una mi hermana era partera y ella cuando estaba en vida me decía: –Vas a ser partera. –No quiero, ni me gusta– le decía yo. –¿Caso te voy a preguntar?– me decía, –cuando yo me muera te lo voy a dejar, porque vos vas a atender parto– y siempre así vivíamos y yo le decía que no, que no me gustaba, pero llegó el momento en el que ella se murió, así repentinamente de un paro en su corazón, entonces a través de ella y de su experiencia me empezó a buscar la gente (Entrevista realizada el 21 de mayo, 2018).

Como se dijo antes, existe además del “Don Divino”, la inspiración de hacerse parteras por medio de mensajes oníricos como lo narraron dos parteras de esta zona.

Doña Antonia (Región V): Ah pues yo me hice partera, porque llegó una muchacha, que, así na’ más encontró su bebé, ya que encontró su bebé llegó a esconderse acá, ahí empezó su dolor y no estaba pue’ mi suegra pa’ que la atendiera. Y pues como no estaba, me dijeron que si yo debo atenderla, porque además, yo si soñaba que atendía partos, me dijo mi esposo que vaya yo a ver y ahí me fui a cuidarla. Gracias a Dios salió todo bien (Entrevista realizada el 26 de marzo, 2018)

Rosario (Región V): Yo desde antes me soñé, me ensañaron a hacer de sueño cómo nace el bebé, como se debe de sobar así, por el sueño y así lo aprendí (Entrevista realizada el 17 de abril, 2018).

En cuanto a las parteras de la Región XV, todas refirieron haber aprendido por alguna mujer de su familia (abuelita y mamá) y la práctica fue llevándose a partir de la necesidad de ayudar a las mujeres de su entorno:

Socorro (Región XV): Empecé muy joven cuando mi esposo era militar, empecé atendiendo a las mismas amigas y compañeras de vivienda, vivíamos en un lugar en donde cada uno hacía su cuarto con mantas, cobijas o sábanas; a cada una nos daban un espacio y cada una hacia su departamentito se puede decir, entonces así empecé atendiendo mujeres, yo ya tenía idea de cómo se atendía un parto por parte de mi abuelita, ella manejaba mucho lo que era la medicina tradicional, nunca me pasó por la mente que me iba a servir, que iba hacer para mí como una herencia y que esto se iba ir dando poco a poco de curar a una mujer y se volvían dos, tres, cuatro y hasta la fecha, o bebés que también sé curar como se curaba antes cuando no habían medicamentos; yo soy de una ciudad grande pero me tuve que ir a vivir nuevas experiencias cuando me casé y tuve que vivir en lugares muy alejados en

colonias o comunidades donde no había nada y había que atender como Dios nos dio a entender y así empecé a atender partos con lo que había y humanamente se podía, afortunadamente no pasó nada, porque siempre hemos puesto toda nuestra confianza en Dios, y después las diligencias que nosotros hacemos, así es que así empecé y a raíz de eso me fue interesando más prepararme, siempre me ha gustado leer mucho, yo nada más tenía primaria pero me fui preparando (Entrevista realizada el 26 de abril, 2018).

Margarita (Región XV): Porque mi abuela era partera, mi madre también era partera, o sea vengo de familia de parteras. Tengo una hermana mayor, las dos nos dedicamos a la partería (Entrevista realizada el 20 de abril, 2018).

Angelina (Región XV): Mi primer parto atendido fue a las 14 años, yo me hice partera por el ejemplo de mi madre y de mi abuela, me gustaba mucho ver que llegaban las mujeres embarazadas a verlas y a buscarlas y antes cuando mi abuela atendía partos no le pagaban con dinero en efectivo, le llevaban huevos, gallinas, frijol, maíz y como a mí me gustaba mucho estar con mi abuelita yo no tenía noción de que ella ganaba dinero era más bien la amistad de la gente y ver como la trataban; ya después mi mamá, somos 4 hermanas y de las cuatro hermanas sólo 2 somos parteras, cuando mi mamá atendía partos le ayudábamos y le pasábamos que el traste de la basura o el traste de agua o las sábanas (Entrevista realizada el 18 de mayo, 2018).

Gertrudis (Región XV): Mi mamá era partera y yo siempre estaba viendo lo que ella hacía y ayudaba a mi mamá a atender los partos, desde muy chica y una vez llegó una señora ya muy malita y me dijo: –Atiéndeme tú hija porque ya me voy a aliviar. Entonces lo que hice porque allá en el rancho las mujeres acurrucadas tenían las criaturas y se agarró de la pata de la cama y yo tendí una sabanita abajo y ahí lo tuvo su bebé y ese fue el primer parto que atendí y tenía yo 14 años y ahí sí perdí el miedo, no se me complicó gracias a dios y de ahí ya iba con mi mamá a atender los partos a veces ya hasta sola y si mi mamá no estaba, ya las atendía yo; lo que les dábamos de tomar era un tecito de manzanilla con canela bien caliente y una café-aspirina para que calentara el cuerpo según se decía que se hacía antes del parto y ya con eso nacían las criaturitas y les calentábamos la pancita con aceite de almendras y hacíamos un anafre de cenizas para que se mantuviera el cuerpo caliente y si les viene más dolor con lo caliente pero agiliza el parto y antes les dábamos con el tecito de manzanilla un poquito de trago para que calentara el cuerpo y les daba más dolor y gracias a dios nunca nos pasó nada en el rancho de aquí es una hora de camino y nos movíamos a caballo y ahí nos iban a buscar de varias colonias (Entrevista realizada el 4 de junio, 2018)

Lupita (Región XV): Mi mamá me llevaba a visitar a las pacientes y me decía: – Ven hijita me vas a ayudar, pásame el agua, el jabón. Y uno de niña ...¿ve que es uno bien mirona?, me ponía yo a mirar, me gustaba mucho ver y un día ella salió de viaje y vino su paciente, ya estaba naciendo el bebé casi en la puerta y fue que atendí mi primer parto (Entrevista realizada el 22 de mayo, 2018)

Estas narrativas permiten ver cómo desde edades muy tempranas, las parteras comienzan con su formación recibiendo un acompañamiento de sus madres o abuelas también parteras, la transmisión de prácticas es llevada a cabo como una forma de continuidad de la partería, es también vista como una actividad que unifica los lazos familiares que se generan entre las mismas mujeres.

3.1.2 El gusto de ser partera

En países como México y otros de América Latina, la profesión de partería no goza en la actualidad de suficiente prestigio (Sánchez, 2018) y sus condiciones se han precarizado en diversas partes del mundo, como lo menciona la OMS (2014) en su informe del estado de las parteras en el mundo; ante ello, es interesante conocer cuáles son los argumentos de las parteras para realizar desde un lugar placentero su trabajo.

Isabel (Región V): Mi primer parto fue en 1983, que mi suegra la fue a buscar una su ahijada y dijo que venía a buscar a su madrina que quería que le atendiera el parto y le digo: –pues no está, pero si gustas te puedo apoyar–, le dije yo así a la chamaca; yo muy valiente pero veía así como atendía mi suegra y me llamó la atención y dije, ojalá que quiera porque allá había clínica pero no había médico. Era muy cerrado todo allá, es una comunidad donde no había ni mucha comunicación ni transporte y le dije: –si gustas te puedo atender yo porque mi suegra va a venir hasta pasado mañana. Esa fue mi primera experiencia, corte al cálculo el cordón, amarré bien porque ahí sí me decía mi suegra: que esa era la vida del bebé y cuidar que no se desangrara. Y en aquel tiempo como mi suegra estaba afuera no le podía tocar sus cosas, pues, yo como pude, me acordé y le dije: –cómprame una hojita de rasurar y con unos trapitos que estén bien limpios y con eso limpié a la paciente y a su bebecito. No me olvido que llegó el señor a agradecerme, le llevó su regalo mi suegra y luego a mí y le dije: –¿Por qué yo si el trabajo es de mi suegra?, –no pero no, tú nos prestaste auxilio, así que te mereces un tu gallo. Me llevó un tremendo animal, bien grande el gallito.

Doña Luz (Región V): Yo nunca había atendido un parto y no me gustaba acompañar a mi hermana pero cuando se murió me vino a buscar una persona y me dijo: –Y así como doña Cande ya se murió ¿no va a atender partos usted? –No, le dije. –Yo quiero que me atienda usted porque ella era buena partera. Y ya les dije: –pues si me tienen confianza..., nunca les dije yo no sé.

Josefina (Región V): Yo no tengo familia partera, yo me hice partera porque atendí mi propio parto y desde ese tiempo la gente me empezó a buscar y ya tiene 25 años de eso, no tardó mucho para que la gente me empezara a buscar, como un año después de que yo me atendiera solita y pura mujer primeriza me vinieron a buscar, yo no empecé con señoras que tuvieran más hijos, pura primeriza, atendí

como 40 o 50 mujeres y todas primerizas, y es que las que ya habían tenido hijos ya tenían a sus parteras en su lugar y las primerizas no, pero ya después me empezaron a buscar todas, las primerizas y las que ya habían tenido hijos y gracias a Dios nunca nos ha fallado el parto (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

En las narrativas de la Región V, podemos observar que hay tres elementos sobre su arte de partear y que les da una gran satisfacción: el reconocimiento al recibir algo a cambio de su trabajo, la confianza de las mujeres hacia ellas y la habilidad al no fallar en la atención.

En la Región XV fue más clara la descripción del gusto por ejercer la partería.

Angelina (Región XV) A mí me daba mucha ternura cuando veía llegar a las mujeres embarazadas con sus pancitas yo le tocaba la pancita y mi mamá me decía: –Hija, ¿porque siempre que vienen las embarazadas les das algo de comer? Y yo le decía que qué tal que tenía hambre él bebé y mi pensamiento era otro, cuando yo entraba a los partos con mi mamá yo tenía como 9 o 10 años y yo pensaba que tenían hambre los bebés y si yo estaba comiendo algo, rápido les repartía a las mujeres que llegaban porque en ese momento yo sentía que me hacía cómplice de lo que ellas estaban pasando y me ponía yo a platicar y a preguntarles que por qué se habían embarazado y que cuántos hijos tienen y dónde vives y tú marido no te pega y así y mi mamá me decía: –hija, déjalas porque las incomodas. Y decían las mujeres: –no, no me incomoda, déjelo usted que platique con nosotras, eso es bonito porque nos gustan que nos escuchen. Y mi mamá eso tenía, cada que atendida a una mujer [yo] le preguntaba: –¿por qué siempre te tardas tanto? Y me decía: –Les doy el tiempo porque las mujeres quieren que las escuchemos, hija, a veces no sólo vienen para que las revisemos o les veamos qué tienen porque a veces también tienen problemas emocionales porque una mujer por ahí empieza su estado de salud, si ellas están tristes o están contentas el bebé lo puede sentir. Y así mi mamá me decía un montón de cosas que se me iban quedando y entonces, cuando venía una mujer embarazada decía yo, qué tal que está triste y ahí me ponía yo a platicar con ellas con tal de que se riera y así ya le decía a mi mamá que esa mujer no venía triste y me decía mi mamá: –¿Y quién te dijo que estaba triste? Y le decía yo: –pero si tú me dijiste que te quitan tiempo cuando vienen tristes. Y mi mamá me decía: –No me quitan tiempo, hija, al contrario para mí es satisfactorio porque me gusta y ahí te vas a ir dando cuenta con el paso del tiempo.

En esta narrativa podemos observar, en qué consiste el gusto por la partería y cómo este es el resultado de la transmisión de conocimientos por genealogía materna de la abuela, la madre y la nieta, en donde se puede apreciar una profunda comprensión del malestar de las mujeres y en donde surge una fuerte empatía por el trabajo que actualmente están realizando estas parteras.

Margarita (Región XV): Empecé a los 15 años, desde esa edad empecé, me iban a traer o me pedían que llegara a sus casas, yo no estaba casada todavía, tengo una hermana mayor y las dos nos dedicamos a la partería.

Aunque no se dice de manera explícita el gusto por la partería, sí se menciona con cierto orgullo que empezó a ejercerla desde los 15 años y que la buscaban por sus servicios, además de que su hermana también comparte esta profesión.

3.1.3 Dejar pasar, interrupción o aborto (el antes y el ahora)

Se deseaba indagar sobre las formas de cómo tanto las mujeres que llegaban con las parteras como las mismas parteras, nombran al proceso de la interrupción de la gestación y cómo a través del tiempo, estas formas de llamarlo se han ido transformando, encontrándose que el “dejar pasar” se refería al aborto en sí, es decir, a la recuperación del sangrado menstrual. También se quería conocer si el uso de medicamentos para interrumpir un embarazo marcaba una fuerte diferencia en sus experiencias. Estos fueron los resultados:

Rosario (Región V): Yo no sabía qué era eso del aborto pero ahorita estamos como parte de una organización, yo lo escuché y quería saber cómo es eso del aborto, antes no se hablaba ni se decía. Sí lo escuché y lo sabía que abortaban pero eran abortos así nada más, lo que yo quería saber es aborto con medicamento. Abortaban así sólo, pero yo no atendía esos casos, lo sé que pasaba por lo que escuchaba así sólo y porque también me lo comentaba mi mamá, mi mamá no era partera pero lo escuchábamos y me hablaba qué era un aborto pero sin medicamentos, solo así pasaba, solito. En tsotsil se dice “Tax yal yolik”, que es abortar.

Isabel (Región V): Bueno, yo siempre he escuchado que la palabra correcta para las personas desde lo más sencillo a los que son como les llaman cashlanes le dicen “aborto”. Es un aborto, no se hablaba de interrupción, ahora se entiende mejor la palabra interrupción porque no suena feo, antes un aborto era delito, ni que lo pronunciáramos.

La diferencia entre aborto e interrupción, en este caso, advierte connotaciones diferentes e incluso más aceptadas y menos estigmatizadas, al llamarlo interrupción la partera es consciente de que se le quita el peso de un posible delito.

Josefina (Región V): Cuando venían a buscarme y querían que les detuviera su embarazo en ese tiempo no se oía hablar así, más bien se decía, que querían

abortar, más que interrupción es abortar y así sigue hasta la fecha (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

A diferencia de la narrativa anterior, aquí se puede observar que la palabra interrupción no es tan usada como lo es la palabra aborto o incluso la detención del embarazo.

Doña Luz (Región V): En ese tiempo no se llamaba interrupción, se llamaba aborto o “quiero pasarlo”, yo quiero pasar este que tengo porque no lo puedo tenerlo o no quiero tenerlo, había una investigación pero no tanto como ahorita, ahorita es más cerrado y más contundente la pregunta que se les hace a la persona que quiere interrumpir, antes era pasar la creatura, pasar su embarazo cuando no lo querían tener.

Además de lo que ya dijeron las parteras anteriormente entrevistadas, en este caso se menciona también el “dejar pasar”.

Con estas narrativas se puede apreciar que en la Región V no hay palabras ocultas para mencionar el aborto, incluso en tsotsil hay una palabra específica que significa abortar.

A diferencia de la Región V, las parteras de las Región XV se explayaron más en explicar el antes y ahora del término abortar.

Socorro (Región XV): En el ambiente que yo crecí se escuchaba de diferentes enfermedades y formas de decirlo pero más más era que se tenían muchos tabús que eran derivado de nuestra religión, era muy marcado eso y no se podía a veces ni decir, yo me acuerdo cuando tuve mi segundo embarazo porque el primero fue de alto riesgo y mi segundo embarazo fue al año y tenía mi niño que convulsionaba cada ratito por haber nacido con parálisis cerebral, entonces mi segundo embarazo me agarró desprevenida y mi esposo estaba lejos y le mandé una carta para avisarle que estaba yo embarazada y estaba muy chico mi hijo, en ese tiempo yo tenía 19 años y la verdad, la verdad, me hubiera gustado que alguien me hubiera ayudado pero en ese tiempo no se podía ni platicar, ni decir porque todo era malo y daba vergüenza, todo era pecado, todo era muy penalizado, muy satanizado y sí me hubiera gustado que alguien me hubiera ayudado. Yo siempre lo escuché como aborto y decían “no es que ella abortó” o “se hizo un aborto.” En ese tiempo fue verdaderamente satanizado, estamos hablando de hace 42 años.

Esta partera distingue muy bien entre el antes y el ahora, recreando dentro de su narrativa las vicisitudes que ella personalmente vivió al enfrentarse a un embarazo no deseado, menciona también el hecho de que la palabra aborto por sí misma hace más de 40 años significaba un tabú y que el sólo pronunciarlo era ya considerado un pecado.

Lupita (Región XV): Mi mamá que era partera no lo hacía, no, ella decía que eso era un gran pecado. Yo siempre escuchaba que le decían aborto cuando se venía el sangrado, entonces ya lo que se hacía era enviarla al hospital o al centro de salud, el lugar más cercano que hubiera porque el sangrado pues es la vida de la mujer y pues se asustaba una, pero ahora conforme hemos ido a capacitarnos pues hemos aprendido para ayudar a la paciente. Ya hay más información.

Aquí enfatizan el uso de la palabra aborto como en las anteriores narrativas, lo que llama la atención, es que antes por el desconocimiento referían a las mujeres a los hospitales para ser atendidas, ahora y gracias a la información y a las capacitaciones, esta partera ha aprendido a ayudar a las mujeres.

Gertrudis (Región XV): Nunca vimos casos así en el rancho y mi mamá no lo hacía, ahí en el rancho le decían aborto, sí habían pero eran espontáneos, muchos se daban por caídas y así, ahora que ya vamos a los cursos y que sabemos ya más, ahora entendimos por qué la placenta se baja y a veces era porque alzaban cosas pesadas y empezaban a sangrar, ahorita ya podemos identificar los abortos espontáneos y antes no sabíamos bien qué pasaba pero las atendíamos.

En este caso en particular, la partera hace alusión al antes como el desconocimiento de los abortos espontáneos y que ahora tiene un mayor conocimiento no sólo para identificarlos, y prevenirlos, sino incluso para brindar la atención necesaria.

Margarita (Región XV): Siempre se escuchaba que llegaban algunas muchachas a preguntar de algún medicamento para abortar, pero pues, en ese tiempo creo que ni existían los medicamentos, puras hierbitas, con hierbas de esas que ahora ya ni se conocen, como estaba yo chica pues no ponía mucha atención, pero sí veía que les hacían pues sus tecitos, mas ya no recuerdo, que si lo pasaban o no; nada más llegaban ellas y decían que querían abortar o pasar lo que tenía y ya.

En esta narrativa se aprecia cómo antes se utilizaban algunos elementos como el uso de las plantas medicinales ante el desconocimiento de los medicamentos para abortar, estas otras formas de inducir el sangrado menstrual eran recursos que tanto las parteras como las mujeres tenían a su alcance y que en muchas ocasiones eran eficaces cuando se trataba solamente de retrasos menstruales. Además del término que predominaba para hacer alusión al procedimiento que era “abortar o dejar pasar” al igual que las narrativas anteriores.

Angelina (Región XV): Nosotras lo hemos escuchado y conocido como aborto, mi mamá sí los atendía pero mi abuelita no, ella era más delicada con ese tema o tal vez sí lo hacía pero no lo decía. Yo creo que mi mamá empezó a trabajar con el aborto cuando le llevaron a una muchacha de la zona de tolerancia [sexo

servidora] que olía muy mal, verdaderamente muy mal y me acuerdo muy bien esa vez porque yo la verdad salí vomitando y yo decía, qué le pasó, qué es esto y ya mi mamá me empezó a explicar y me dijo: –Ese es un tema muy delicado pero pues si tú ya estás en este rumbo debes de saber, porque igual puedes ayudar a muchas mujeres. Y bueno, ahorita no sólo hay de ese tipo pero en ese tiempo supuestamente a esa mujer le habían metido un fierro de esos que cuelgan ropa, un gancho y una sonda y en ese momento, mi mamá la atendió manualmente porque ya lo que tenía era restos y mucha infección y la trajeron porque como son hondureñas, no les gusta ir a hospital y es que ellas piensan que les van a hacer algo... y ya fue que ahí es que yo empecé a saber lo que era una interrupción.

Aquí se puede identificar el antes y el ahora, el pasado la refiere a la abuela, al mencionar que no estaba segura si ella lo hacía, dejando ver la discreción absoluta en esta práctica.

En la última narrativa de Angelina, se puede considerar un fuerte argumento para despenalizar el aborto y evitar prácticas clandestinas sobre los cuerpos de las mujeres que violan sus derechos sexuales y reproductivos; es decir, sus derechos como humanas.

3.1.4 Sororidad

Mónica Pérez (2014: versión líquida) define a la sororidad como “un término derivado del latín *soror* que significa hermana, es una forma de referirse a la hermandad entre mujeres con respecto a las cuestiones sociales de género. Relaciones que pueden generar alianzas, complicidad y resistencias. Es un término acogido y propuesto por algunos feminismos”; por tanto esta categoría se refiere al apoyo entre mujeres ante la búsqueda de una solución para un embarazo no deseado de manera segura y sin ser juzgadas por el acto.

Isabel (Región V): Yo ayudo, una por ser mujer y todas pasamos por diferentes situaciones en la vida al tener un embarazo que a veces no es deseado o que a veces tiene problemas con la pareja, muchas dicen: –Es que yo no quiero embarazarme o no lo quiero tener porque mi marido no me da dinero para alimentar. Muchas cosas de esas, entonces es ahí en donde uno le empieza a explicar: –Bueno, sí hay un tratamiento para esto, es delicadito pero ustedes tienen que valorar–, ya me explican y entonces yo digo, soy mujer y en mi caso lo haría si estoy viendo cómo está sufriendo esa mujer, por eso siempre les aconsejo que tiene que ver la situación de vida que tengamos, porque de qué sirve que venga a sufrir un bebé que no tiene ni ropa, pues a mí se me conmueve mi corazón lo que explican y lo que veo, es lo único, cuando dicen: –Es que yo no tengo dinero o qué voy hacer ya con un hijo.

En este caso se pueden encontrar dos elementos que ayuda a tener una mayor comprensión de los motivos que esta partera tiene al dar atención a los casos de aborto inducido; uno que

es la solidaridad al compartir su condición de género y la empatía que encuentran al ver la situación de vida en que están enfrentando las mujeres cuando le dice que no tienen recursos económicos para hacer frente a su maternidad, incluso es una de las causales permitidas por la ley en algunos estados del país respecto al aborto.

Doña Luz (Región V): Bueno, lo que a mí me motiva es que a veces vienen ellas con mucha necesidad y es que nosotros vemos cuando hay mucha necesidad, en el 2016 se murieron dos chamacas, una señora ya con cinco meses de embarazo y la otra con tres meses, se mataron, se suicidaron aquí en el municipio porque no tuvieron otra salida pero fue en el 2016, que no nos buscaron, si hubiera venido aquí antes y aunque no tuvieran su dinero, la organización tiene la capacidad y autoriza que a esa gente se le dé gratis, eso es lo que me han dicho, que hay la posibilidad de ayudar gratis porque no tienen dinero, no tienen, no tienen nada, yo siempre les digo: –Miren, no tienen por qué contarme yo no soy nadie que tenga que juzgar, somos amigas y yo las voy a ayudar y no quiero que me estén contando historias porque ustedes saben y ustedes van a decidir qué quieren hacer con su vida y yo, si puedo, las voy a ayudar siempre y cuando estén a tiempo. Y ya me empiezan a decir la última fecha de su periodo para ver si todavía hay tiempo.

Esta narrativa es incluso conmovedora ya que se centra en el interés por la persona, y por ende por la mujer. En primer lugar al referirse a que ninguna mujer debe de suicidarse por no contar con el apoyo para intentar interrumpir un embarazo que no desea, en segundo lugar, al mostrar su disposición a apoyar sin cuestionamientos a otras mujeres, cosa que tantas mujeres deseáramos.

Rosario (Región V): Muchas de las mujeres que abortan son estudiantes y así piden sus medicamentos para abortar, ellas me necesitan para que las ayude y yo las quiero ayudar para que no tengan un embarazo que no quieren, yo lo hago por ayudar sólo.

Al igual que el caso anterior, se puede observar el interés centrado en la persona “yo lo hago por ayudar sólo”.

Josefina (Región V): Bueno, yo en mi caso, yo pienso que hay muchas mujeres que buscan interrumpir su embarazo porque apenas está gateando un hijito y ya viene el otro, entonces yo he tenido esa necesidad y por eso decido apoyarlos porque pues la pareja ya no quiere porque ya está un niño y viene ya el otro, entonces yo he tenido la necesidad de apoyarlas y una vez que pasa ya les hablo de planificación y ansina¹¹ ya no se sigan embarazando, pero ya es una necesidad porque yo de verdad desde que llevo haciendo este trabajo no me han venido a buscar madres solteras, más bien vienen con sus parejas y sí me han tocado hartos casos y por eso mismo ya tiene dos, tres o cuatro hijitos y ya el papá dice: –Ya no

¹¹ Dentro del lenguaje de algunas regiones en México significa: *así*.

quiero, porque ya no puedo, ni caite le puedo dar a mis hijitos, ¡hágame usted el favor!, ¡apóyeme usted! Y es que la verdad no tienen ya lo económico para poder criarlos a sus hijos y es que sí da lástima porque yo los vea que vienen uno en su lomo, otro allá adentro, uno lo trae el papá y así un montón de chiquitíos y yo he tenido esa necesidad y como ellos lo vienen a pedir, tenemos la necesidad de apoyarlos de esa manera porque es lo único que nos queda (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Esta narrativa en particular es muy parecida a la de Isabel, en donde las razones para ayudar a las mujeres a interrumpir un embarazo se debe a su situación económica, al tener ya muchos hijos y no encontrarse en la posibilidad de mantenerlos, incluso las parejas solicitan a la partera que les ayude. Aquí el cuestionamiento sería qué está pasando con la satisfacción de la demanda de anticoncepción masculina.

Doña Antonia (Región V): Porque ya viene pues sangrado, y ya le habían regañado su papá, le habían corrido de su casa, y las pobres luego no tiene a dónde ir. Y así, nos da lástima. Hay unas que sí las corren de sus casas pero no podemos ayudarlas ya de 4 y 5 meses, no. Así de 2 meses sí, así podemos ayudar pero ya de más meses ya no. Les ayudamos cuando uno es estudiante o a veces no tienen nada, porque cuando traen al mundo los bebés hay que darle, pue¹², su estudio, todo. Hay unas que están bien pobrecitas y a veces no tienen pue' papá, y ahí sí le ayudamos.

En esta última narrativa de la Región V se puede recapitular la sororidad manifestada en las narrativas anteriores, pues éstas capturan el sentir y la empatía por la situación que enfrentan las mujeres (pobres, solas, sin apoyo familiar, y de la pareja) motivo imprescindible para ayudarlas en la interrupción del embarazo no deseado.

A diferencia de las parteras de la Región V, en la Región XV no mencionaron tan enfáticamente la situación económica para prestarles el apoyo.

Socorro (Región XV): Sé muy bien de lo que me están hablando y sé lo que quieren, es más, ni siquiera las dejo que terminen de hablar y les digo: –Yo sé lo que tú quieres pero también voy a hacer sincera contigo, y quiero que ustedes sean sinceras conmigo, no quiero que me mientan para poder ayudarlas porque si no está al alcance de mis conocimientos y si yo no puedo, hay otras personas que pueden apoyarlas mejor que yo. Si está dentro de mis posibilidades yo le ayudo, lo que me motiva es que ellas no hagan cosas que pongan en riesgo su salud y su persona porque por desesperación puede hacer uno muchas cosas y por ignorancia se hace y termina en desgracias, a mí lo que me motiva es que si alguien necesita ayuda y si yo tengo el conocimiento pues sí, porque sin saber no se puede ayudar,

¹² Modismo para decir la conjunción *pues*.

hay personas que no saben y las orientan mal entonces no, ahí si no, eso no es bueno para la salud, uno debe prepararse para ayudar.

En este caso, se puede ver que la partera asume con mucha responsabilidad el apoyo que puede brindarle a una mujer que requiere un aborto y de nueva cuenta como en la Región V, no requiere que le den explicaciones, a ella le preocupa más realizar en condiciones seguras su trabajo.

Angelina (Región XV): De hecho desde que me vienen a buscar yo les hablo y les explico que hay un kit¹³ que te puede ayudar y es 100% efectivo, yo siempre les digo eso a las mujeres para que se sientan seguras porque siempre vienen con ese miedo y dejo que me hagan preguntas hasta que ya no quedan dudas, se van y ya te haces como amiga y te escribe y te dicen: –Hola, buenos días, que miré esto y esto, Y ya les digo; –Tranquilas no pasa nada. Hay que darles seguridad para que estén más tranquilas y a veces no sólo es hacerse la interrupción porque también se involucra que la familia o la pareja, sino que es todo, entonces ellas se involucran más en eso que en su propio problema y el qué dirán y el temor es lo que empieza y ahí es donde tenemos que entrar nosotras.

En esta narrativa destaca el entendimiento de la partera sobre lo que implica el estado emocional de las mujeres en su salud, no solamente resuelve el problema del embarazo no deseado, sino que funge también como una persona que inspira confianza y acompañamiento. Es interesante también reflexionar la forma en que logra que las mujeres se sientan seguras del procedimiento que están realizando, devolviéndoles la autonomía del cuidado de ellas mismas.

Lupita (Región XV): Yo fui madre soltera y me hubiera gustado que me ayudaran, tengo una hija, me embaracé a los 17 años. Ahora que vienen pues yo platico primero con las muchachas porque yo más trabajo planificación familiar, les pregunto por qué no utilizaron sus métodos, pero pues ya cuando se embarazan pues no queda más que apoyarlas o enviarlas a un lugar en donde las puedan apoyar. Nosotras no las debemos de abandonar porque las niñas, bueno yo las llamo niñas aunque tengan 18 años, porque hacen cosas indebidas que les perjudica la salud y la vida a veces por tomar cosas que nos son correctas. Trato de aconsejarlas, que piensen bien lo que están haciendo porque, puede ser un momento de desesperación que se pelearon con el novio o con el marido, entonces yo no, yo definitivamente el día que vienen no les digo rápido que sí, las escucho y les digo piensa bien las cosas que vas hacer, haz un ultrasonido y ven con tu pareja o con un familiar, yo no sé con quién porque hay otro detalle: si les pedimos un familiar pues a veces no quieren que lo sepan, entonces que venga la pareja, tiene que involucrarse y estar en el proceso, que se dé cuenta lo que sufre la

¹³ Se refiere a los insumos médicos que reciben las parteras para la asistencia de aborto seguros (Miso, Mife, prueba de embarazo, ibuprofeno, toallas sanitarias y guía de aplicación avalada por la OMS)

mujer también (haciendo referencia a las molestias que se presentan en el cuerpo de las mujeres al realizarse un aborto con medicamento).

Lo primero que se destaca de esta narrativa es visibilizar que la partera les ofrece elementos para que reflexionen, devolviéndoles a las mujeres la responsabilidad de sus decisiones. El darles tiempo a las mujeres de pensar sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado, dice mucho de que esta partera no ve en esta asistencia una cuestión de negocio lucrativo, al dejar la posibilidad abierta de que regresen o no, las mujeres para realizarse un procedimiento.

Margarita (Región XV): A veces vienen las muchachas y dicen que hay algunas que las violan, algunas que también los padrastros, algunas que, pues viene la pareja y que no lo quieren tener pero viendo la necesidad, entonces sí se les puede dar, que no sean de muchos meses, que sería de unos cuatro, cinco, seis semanitas de embarazo.

Esta narrativa hace alusión a los casos atendidos de violencia sexual que enfrentan las mujeres que buscan interrumpir un embarazo no deseado, resultado muchas veces de un abuso realizado incluso dentro del mismo núcleo familiar, dejándolas más vulnerables y con un riesgo latente que pone en peligro su vida y su salud, no sólo física sino también emocional, al enfrentarse ante situaciones como estas sin las redes de apoyo necesarias; por ello, la atención oportuna de la partera en estos casos resulta crucial.

3.1.5 Cómo es la ayuda (procedimiento)

Como ya se mencionó, la OMS (2015) establece de manera muy precisa cómo se debe llevar a cabo una interrupción con medicamento, con una ruta muy clara de pasos a seguir. De acuerdo a ello, uno de los cuestionamientos principales para asegurar que las parteras del estudio realizan de manera segura la interrupción de la gestación era indagar sobre cómo lo hacían.

Doña Luz (Región V): Vienen chamacas de las escuelas, siempre y cuando vengán acompañadas de alguien porque alguien lo tiene que saber porque también corre el riesgo que la mamá se entere, no sé como pero se puede enterar, y ahí sí vamos a ir a la cárcel porque no se está tomando en cuenta la familia o alguien de adulto que venga con esa chamaca... Ellas vienen aquí, ya platicamos y le digo como aplicar el medicamento, se van a tomar una primera pastilla aquí, lo quieren llevar o quieren volver a venir, de todos modos yo les voy a dar las instrucciones y lo van a hacer tal y como es el protocolo o las indicaciones, les digo, y me dicen: –Sí lo voy a llevar. –Déjame tu número y te voy a estar marcando a tales horas; porque

como ya les di la primera les digo, las segunda dosis va a ser hasta que pase 24 horas, se van a aplicar otras 4 y así yo ya calculo la hora que les voy a marcar para ver cómo están y les digo todos los síntomas. Los síntomas son después de tomar el misoprostol mareo, puede dar diarrea, calambres en el vientre, fiebre y vómito, esos son los síntomas uno de todos les puede dar. Yo les tengo que decir que tienen que regresar 21 días después de tomar el medicamento para hacerles otro prueba para ver si quedaron limpias para que yo esté segura que sí salió porque yo les digo también que quedan muy fértiles y si a los 8 o 15 días vuelven a tener relaciones sin protección vuelven a embarazarse y no vayan a decir que mi medicamento no sirvió, entonces sí tienen que regresar a los 21 días, antes de tener relaciones para que veamos que quedaron limpias, –Ustedes se van a guardar un mes en lo que regresan a hacerse su prueba. Hay quienes regresan y quienes no regresan pero estoy pendiente de ellas por teléfono. Es tomada una pastilla y 24 hora después 4 que se aplican entre las encías y las mejillas, vaginal es algo que nunca he hecho nunca lo he trabajado así, eso me da miedo porque la pastilla va a estar en el cuello de la matriz, yo me imagino o pienso que puede hasta provocar molestias o una llaguita o no sé, yo no hago ese tipo de trabajos y para el dolor les digo que tomen ibuprofeno.

Se pueden observar en esta narrativa 5 elementos de un aborto seguro: solicitar que la mujer venga acompañada de alguien cercano, las instrucciones de uso del medicamento de manera ordenada, el seguimiento a la paciente por teléfono, el chequeo después de 21 días para garantizar que el procedimiento se completó y hacer un chequeo de salud post evento, además de aclarar de qué manera no se usa el medicamento (vía vaginal).

Rosario (Región V): A veces pasa así, de mujeres que pasan por violencia y abusos, me han tocado dos o tres casos de esos, ellas solitas me dicen que pasan por cosas así y que las agarran a la fuerza y las violan, las mujeres que vienen me preguntan si tengo medicamento para que baje su regla, casi no dicen que vienen a abortar, es más bien que vienen porque quieren que les baje su sangrado. Primero lo tengo que saber qué tiempo tienen que no les baja para saber el tiempo del embarazo, yo las toco para saber el tiempo que tienen porque se siente en la matriz cuando está ocupado, se toca el vientre y arriba de su pubis, y así ya lo veo si es embarazo o si sólo es un retraso y ya para confirmar lo voy a sacar una prueba de embarazo, también hay síntomas que son de embarazo, cuando es retraso no hay síntomas eso a veces es la diferencia, en algunas mujeres hay mareo, vómito o deja de comer, a veces da dolor de cabeza. Primero aplica MF y luego el MISO, el miso después de las 24 horas y así sale bien.

En este caso se puede observar que aunque no es muy detallada la forma de aplicación del medicamento, sí hace alusión al tipo de medicamento que utiliza, así mismo, considera la importancia de saber las semanas de gestación como una determinante para llevar a cabo el procedimiento. A diferencia de la primera narrativa, ella no solicita el acompañamiento familiar de las mujeres que recurren a ella para interrumpir un embarazo, es interesante ya

que desde un principio, menciona el hecho de atender a mujeres que han sido víctimas de abuso sexual, considerando la situación que enfrentan las mujeres en estos casos, muchas veces el acompañamiento se verá permeado por el grado de inseguridad y miedo que estas mujeres que acuden con las parteras pueden estar enfrentando solas.

Josefina (Región V): Las palpo, ahora sí que yo me niego a atenderlas si no se dejan revisar para ver en realidad cuántas semanas tienen porque las manos son prácticas y saben ya cuántas semanas llevan para saber qué se va a hacer. Antes yo no usaba medicamento. Sólo hierba, y sí me funcionaba pero más poco, la hierba que utilizaba aquí le decimos de sapo y otra que le decimos la aquina, lo usaba en tecito siempre y cuando tuviera menos de 12 semanas, las hierbas me ayudaban póngase de seis a siete semanas pero ya pasando de siete ya no funcionaba, al contrario más bonito viene él bebe. Ahorita ya por eso lo combino, les doy la dosis del medicamento (Mifepristona y Mosoprostol) y de ahí ya les doy su tecito bien calientito y no tarda mucho, como una hora después ya empieza el sangrado, tomando la agüita y ya viene todo. Ellas se van y ya sólo les digo que por cualquier cosa que me avisen, porque aunque no tengo estudios si sé poner suero y sé inyectar y todo por eso les digo también que no es necesario que vayan al centro de salud porque luego les empiezan a hacer preguntas y pueden decir cosas que nos metan en problemas y yo por eso les digo que vengan aquí y yo ya les puedo poner suero y cualquier cosa yo les pido que me avisen pero gracias a Dios que a los ocho días ya vienen a decirme que todo salió bien. Más son mis manos que sí checan si está ocupada la matriz y que tamaño es y si está muy chiquita o muy gordita la mujer entonces si le hago la prueba de embarazo. Casi siempre sí regresan a las ocho días o me mandan a avisar que todo bien, cuando regresan ya les pregunto si quieren su inyección de planificación, tengo la de un mes, dos meses y tres meses a veces (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Lo que se puede observar es que existe una gran confianza en su conocimiento empírico “las manos saben” y el uso de hierbas para interrumpir en etapas tempranas la gestación o bien acompañar el proceso con medicamentos para hacer menos traumático la interrupción del embarazo en las mujeres. Al igual que los casos anteriores, ella señala la importancia del seguimiento de las mujeres para corroborar que todo termina bien, incluso les ofrece planificación familiar, para contribuir en una mejor salud sexual y reproductiva. Destaca en esta narrativa la combinación de conocimientos tradicionales con modernos “si sé poner suero y sé inyectar” en caso de que algo se llegara a complicar y no tengan que acudir a los servicios de salud en donde pueden correr el riesgo de ser acusadas.

Para el caso de las parteras de la Región XV, podemos observar que utilizan estrategias más modernas.

Socorro (Región XV): Yo nunca trabajo así no más al aire, yo siempre trabajo con estudios y con ultrasonido para que no me mientan en el tiempo y vaya yo a meter las patas como se dice, para evitar equivocarse en el tiempo y que ha habido mujeres que se hacen la prueba de embarazo y sale positivo y sí puedo checarlas y sí puedo ver el tiempo pero si hay un embarazo ectópico también es mucho peligro y la verdad la verdad no hay nada mejor que tener un ultrasonido en la mano, para todas las enfermedades y todas las consultas que vienen hombre o mujer yo mezclo las tres cosas: medicamentos, hierbas y todo lo que es homeopatía y eso es un gran beneficio porque no hay tanta dificultad y es más rápido. Para el caso de la interrupción también hay hierbas para eso que se mezclan con el medicamento que aplico y la persona o paciente queda muy satisfecha porque se evita mucho dolor, inflamación y es más rápido. Ellas vienen y me dicen lo que necesitan, platicamos y yo la escucho y que se desahoguen, al final le digo, ¿estás segura? y la oriento porque no es nada más hacer por hacer, hay que orientarla, como católica la oriento y le hago ver las cosas y al final pues, la decisión es de ella, –Pensalo– les digo, –pensalo, ese bebé te puede pasar un vaso de agua, yo concientizo. Mire, yo me he preparado para eso; primero se toma una pastilla la MF y a las 24 horas después de la primera pastilla se les da 4 de misoprostol que se aplican entre las mejillas y las encías, después les doy a tomar un tecito endulzado por si les baja la presión o por si les da nauseas, es un té especial y espero una o dos horas y empieza el sangrado y si ella se quiere ir a su casa se puede ir o si quiere estar aquí se puede quedar pero más más se van a su casa y entonces ya después del tratamiento y su remedio llevó un control por teléfono hasta que me aseguro que pasa todo. Saber las semanas de gestación y el ultrasonido es para que yo me sienta tranquila, no importa si vienen acompañadas o no, yo no pido eso. Yo cuando ayudo a una mujer siempre y cuando me traiga su ultrasonido para no poner en peligro su vida y su salud porque ya ve que ahorita hay mucho embarazo ectópico y en casos como esos ningún medicamento le va a hacer efecto porque no es un embarazo normal, si yo sé cuantas semanas tiene y el ultrasonido está bien y es un embarazo normal y dentro del protocolo de las semanas, yo lo apoyo y no me siento mal porque siento que estoy ayudado a una mujer.

En este caso, se consideraron algunos elementos más modernos como el uso de ultrasonido para determinar las semanas de gestación y saber las condiciones del embarazo, también la combinación entre hierbas, alopatía y homeopatía, existe un acompañamiento y un seguimiento del procedimiento y se menciona el hecho de hacer una labor de concientización sobre el aborto, pero recalca también el hecho de respetar la decisión de las mujeres a continuar con la interrupción del embarazo aunque se vea contrariada su propia creencia religiosa, incluso mostrando finalmente su convicción: “no me siento mal, porque siento que estoy ayudado a una mujer”.

Gertrudis (Región XV): Aquí han venido pero sólo atiendo a las que tienen un mes, es mi límite, yo no les doy si son de más tiempo porque vaya a ver una gravedad o alguna cosa, yo las palpo y así identifico el tiempo, de dos meses ya se siente y de un mes casi no se siente nada. Lo casos que atendí lo hice con medicamento y su té de manzanilla, canela y mirlo, con eso ayuda a disminuir el

dolor, el medicamento que uso es el misoprostol, aplico una tomada y al otro día 4 más en las encías, ya luego regresan para que yo sepa si todo salió bien y no tuvieron alguna infección.

En este caso podemos ver cómo hay parteras que tienen su propio código de acción, ya que no atiende casos que superen las 4 semanas de gestación.

Angelina (Región XV): Utilizábamos hierbas, les doy un té sólo si tienen un pequeño retraso y también se les soba el vientre con una pomada caliente, de hecho es la que tengo aquí mire, yo preparo esta pomada, lo más caliente que se pueda y ya se deja con el algodón en el vientre y sí me ha funcionado pero cuando ya es un proceso de 6 semanas u 8 semanas ya no. El uso de las hierbas lo hago cuando son retrasos de días o una o dos semanas, la cosa es que no a todas les funciona cuando ya pasan de 15 días y en esos casos sí se usa el medicamento. Hay más mujeres que prefieren llevárselo a casa, y yo les hablo por teléfono para saber si hubo sangrado o cuántas toallas están usando y me mandan las fotos, y ya pasando el procedimiento las checo y me fijo en todo, hasta en sus labios para ver si no hay alguna deshidratación. Después de que hay una interrupción va suero, yo sugiero que pasando los 15 días se pongan unas inyecciones de cuerpo amarillo y fíjese que eso realmente nos ha ayudado, además de ácido fólico, el cuerpo amarillo sirve para fortalecer la matriz y aparte de eso ya las voy enfocando y les digo que si ya no quieres embarazarte se tiene que cuidar y para eso están las inyecciones, las pastillas, el dispositivo y ya les empiezo a decir sobre métodos de planificación. Mire yo intento que cada que pasan casos así les pido que vengan sus parejas para hacerles conciencia también a ellos por lo menos para que vean lo que implica todo.

Aquí podemos observar de nueva cuenta como se mezclan saberes tradicionales con conocimientos médicos, no sólo por el uso del medicamento para abortar sino por el uso de suero, cuerpo amarillo y ácido fólico y si bien, ella no hace mención del uso del ultrasonido, sí suele checar a sus pacientes por cada procedimiento, pidiéndoles fotografías vía teléfono celular durante el proceso del sangrado. Otra particularidad de esta narrativa tiene que ver con la importancia del acompañamiento de la pareja para concientizar sobre las implicaciones que las mujeres enfrentan en el proceso.

También hay casos en donde se guían por la fecha de última menstruación como el caso de Margarita.

Margarita (Región XV): Bueno, por ejemplo, las capacitaciones que nos han dado consistía en tomarse la primera que es la –Mife– Ajá, tomarse esa, a las 24 horas una en cada muela de misoprostol y las otras dos a las 12 horas más tomadas. Ellas me dan su fecha de última menstruación, por ejemplo viene una persona y me dice: –Oye el 25 fue mi última menstruación. 25 vi el tantos, fueron tres días 28,

entonces ya hago cuentas del 28 siete días más, es lo que hago yo las cuentas, ya veo cuántas semanas trae.

3.1.6 Cómo aprendió a brindar esta ayuda

La ICM (Confederación Internacional de Matronas) dentro de sus competencias para ejercer la partería profesionalizada establece que las parteras deben de contar con capacitación para realizar aborto seguros, principalmente con medicamentos; sin embargo, es diferente la forma en la que adquieren los conocimientos las parteras tradicionales, ya que sus conocimientos son empíricos, en este caso adquiridos por medio de capacitación presencial y como ya se pudo corroborar, las parteras entrevistadas sin excepción dejaron en claro que cuentan con una buena capacitación para realizar abortos con medicamento, ahora conoceremos la forma en la que adquirieron estos conocimientos.

Doña Luz (Región V): Mi hermana sí lo hacía pero nunca me platicó, yo me daba cuenta pero nunca me platicó cómo lo hacía, no nunca me dijo, entonces yo empecé a trabajar y me empieza a llegar gente también para así para interrupción del embarazo, en ese tiempo no se llamaba interrupción, se llamaba aborto o que quiero pasarlo. Antes era pasar la creatura, pasar su embarazo cuando no lo querían tener; yo a la vez me iba yo a la farmacia a preguntar: –Oiga ¿usted no tiene usted alguna cosa para que aborte una mujer?, no quiere tener su bebé, no quiere estar embarazada. – ¿Qué tiempo tiene?– y ya yo le decía: tiene un mes, – Ah, tengo esta ampollita. Me acuerdo muy bien, “La quina” inyección de “aquina” y están las cápsulas también, pues como que sí funcionaban en unas y en otras no, eso fue lo único que hice en ese tiempo. Ya de repente asoma doña Bety de una organización y entonces ella me dijo: –Yo sé que es partera– y que si no me gustaría probar unos medicamentos, estaba como en \$70 pesos el kit de interrupción, –Mire usted– me dijo: – Le dejo dos y si por ahí asoma alguien me avisa usted. Y ya quedamos en contacto con ella y hasta hoy sigo trabajando con ella... Las capacitaciones que he recibido, cursos y capacitaciones sólo de interrupción eso es por parte de la asociación civil aunque ahora ya no nos invitan para nada, y es que ahí también nos daban pláticas también de derechos humanos tanto para las mujeres como para nosotras y nos asesoraban a veces con algún licenciado, se tocaron unos temas y casos de que algunos compañeros tuvieron problemas con el medicamento y la familia de la muchacha a la que le aplicaron, por eso yo pido que vengan acompañadas de un familiar, es más yo les pido que firmen un formato donde ellas vienen a solicitar su interrupción por cualquier cosa que pueda pasar y vayan a negar a la hora que ellas solicitaron ese apoyo y que vayan a decir que ellas no vinieron a pedir y así, pero gracias a Dios aquí nunca ha pasado eso.

Existen tres elementos a destacar dentro de este caso, el primero que nos habla sobre la no trasmisión del conocimiento entre hermanas, específicamente de las prácticas de aborto, lo

cual puede tener su origen en que es una práctica penada y estigmatizada socialmente, así mismo, el hecho de ser capacitada por una organización civil que a su vez, les brinda los insumos. Como un tercer elemento, resalta el uso de formatos de consentimiento informado por ser una herramienta útil para la defensa y seguridad de su propia integridad.

Rosario (Región V): A mí me visitaron por parte de una organización y ahí conocí los medicamentos y como soy partera no me dio miedo usar los medicamentos y como sí me funcionaron, yo nunca había probado medicamento para aborto pero después de una capacitación ya lo empecé a conocer y a utilizar.

Este es un ejemplo de lo que la Organización Mundial de la Salud está buscando para combatir la morbilidad materna derivada de abortos inseguros, véase WHO, 2015.

Josefina (Región V): Yo fui buscada aquí en mi casa, entonces me empezaron a hablar sobre eso y ya fue que yo recordé todo porque de por sí me venían a buscar, sólo que utilizaba mis hierbas, entonces ya cuando me dieron la información yo me sentí más contenta porque era algo más seguro y así me animé más a aprender y así me explicaron cómo lo tenía que hacer y ya sobre eso aunque no sé escribir, me quedó rápido en la cabeza (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Como en el caso anterior, esta partera narra cómo se apropió de la capacitación de una manera muy fácil a pesar de no manejar la lectoescritura.

Para el caso de la Región XV, sí se observa cierta apertura por parte del centro de Salud para este tema, como se puede ver en esta narrativa:

Socorro (Región XV): Hace 8 años que me capacitó y me buscaron porque sabían que era partera y fue porque fui a una capacitación, habían capacitaciones por parte del sector de salud y ahí llegó una persona que platicó directamente del tema, muchas aceptaron y muchas no, pero sólo se informaba sobre el tema, ya después esa promotora que era de una organización civil iba a la casa de las parteras que estuvimos abiertas a hablar de eso y nos invitaron a capacitarnos pero ya sin el conocimiento del centro de salud.

Angelina (Región XV): Bueno, yo nunca he tenido una capacitación para uso de medicamento, yo aprendí porque a mi mamá sí la capacitaron y yo con ella aprendí, con ver cómo ella lo hacía aprendí y la misma gente y las necesidades. Con mi mamá, viendo cómo se hacía y aunque tampoco se capacitó mucho, todo se fue dando después de conocer a la promotora de salud y ahora cualquier duda ya le hablamos pero igual yo todo lo que he aprendido es con mi mamá.

Lo relevante de estos casos en particular es que aquí sí se dio la transmisión de conocimientos sobre prácticas de aborto entre madre e hija, aunque continúan en comunicación con la promotora por cualquier complicación o duda que se vaya suscitando, esto puede implicar que si las parteras empíricas de esta zona continúan transmitiéndose este tipo de conocimientos entre sí, puedan lograr una gran independencia al solamente requerir la compra de medicamentos en cualquier farmacia si en México se garantiza el abasto.

3.2 Realidades en las que las parteras asisten a mujeres que solicitan la interrupción de un embarazo

- ❖ ¿Cómo llegan las mujeres?
- ❖ ¿De dónde vienen?
- ❖ El encuentro
- ❖ El qué dirán de su ayuda

3.2.1 ¿Cómo llegan las mujeres?

Con esta categoría se pretendía conocer la manera en que las mujeres llegan hasta dónde están las parteras que realizan interrupciones y a qué estrato social pertenecen.

Doña Luz (Región V): Se tiene que pensar en las mujeres maltratadas, hay que ayudar, hay que preguntar porque a veces vienen muy tristes las mujeres y cuando les pregunto qué les está pasando, me dicen: –Mire usted, es que mi marido se fue a emborrachar y no me trajo dinero y todavía me pegó... y así quiere que yo siga teniendo más hijos. La mayoría son mujeres jóvenes, de 18 a 20 años, también de 25 años. Hay muchas formas de como ellas se relacionan conmigo y me dicen, por ejemplo, la que vino a noche mandó a una chamaca y me dijo: –Oiga, me dijeron que usted hace pruebas de embarazo. –Sí, le digo. –Y ¿a cómo lo da usted? –No mira, lo que pasa es que aquí hago yo la prueba y cobro \$25 pesos. –Ah, está bueno, le voy a decir a mi amiga. Se fue la chamaca y ya en la noche vino la otra muchacha solita. Empiezan a platicar pues, con pena que no puede tenerlo por diversos motivos. La mayoría son solteras, vienen personas de paga se puede decir, con recursos y hasta de buena familia pero es por lo mismo que es anónimo, entonces buscan cómo van a interrumpir su embarazo y la mayor parte son de rancherías, gente muy humilde, viene gente de todo tipo.

Lo primero que podemos observar en este caso es que acuden mujeres víctimas de maltratos y con problemas económicos para mantener a un nuevo hijo (esto sería bajo las causales de violencia y condición económica) y también se puede observar que acuden mujeres que tienen la voluntad de interrumpir su embarazo sin dar más explicaciones.

Resalta también en la narrativa que para las mujeres que acuden nunca es fácil solicitar el apoyo directamente, lo cual depende de la confianza que les infunda la partera, así mismo, la entrevistada refiere que llegan mujeres de todos los estratos sociales y ella lo atribuye a la discreción con la que se realiza dicho procedimiento, y que se considera necesario, dado el contexto chiapaneco.

Rosario (Región V): Algunas mujeres vienen solas pero son las muchachas que estudian, las demás como son casadas vienen porque ya no quieren tener más hijos y algunos quieren tener sus hijos pero pasa que a veces no está completo el feto y por eso se interrumpe.

Para el caso de Rosario se menciona además la causal de malformaciones congénitas.

Josefina (Región V): Ellas vienen y me platican lo que les pasa, me dicen: –Mire doña Josefita, yo vengo así y necesito que me haga favor de darme una ayuda, mire usted que yo traté de cuidarme para no quedar embarazada y llevo tanto tiempo de que no me baja mi menstruación. Así me lo dicen desde el principio y cuando a veces no tiene el ánimo la muchacha, habla el hombre, ya el hombre me dice: –Nosotros no más venimos tía a pedirle un favor de verlo mi esposa porque no nos cuidamos y quedo embarazada y la verdad no fue un embarazo pensado y nosotros lo que queremos es que aborte–, porque así es como lo dice la gente aquí, ellos no hablan de interrupción, sólo aborto, –eso es lo que queremos, ¿cómo nos puede usted ayudar? Así es derecho, no vienen con pena, más bien cuando vienen, me hablan y me dice que quieren platicar conmigo y entonces yo ya lo sé y nos encerramos a platicar sus historias. Hay muchas que llegan sin dinero, como le digo, a veces no traen nada y se echa de ver rápido la persona cuando no tienen dinero, también a veces vienen personas con dinero pero a mí me da igual, yo las atiendo por igual a todas, a mí no me gusta decirles que porque traen dinero dame tanto y así... le digo, que es increíble luego ver a personas que vienen con sus carros (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Este caso en particular muestra la relación que también los varones establecen con esta partera, resultado de una confianza previa (puede ser atención a partos anteriores) en dónde ellos solicitan abiertamente el aborto a nombre de su pareja. Destaca además que al igual que en la narrativa anterior, acuden personas de diferentes estratos sociales “le digo que es increíble ver a personas que vienen con sus carros”, lo cual también se atribuye a la alta confidencialidad que se establece con las parteras.

Para las parteras de la Región V entrevistadas destaca entonces que llegan con ellas mujeres de diversas situaciones socioeconómicas. La forma en que solicitan la ayuda, oscila entre quienes llegan con mucha pena y las que lo dicen abiertamente. También hay casos en los

que incluso es la pareja quién expone y solicita el procedimiento. Como se muestra a continuación, esto es similar para las parteras de la Región XV.

Socorro (Región XV): Aquí vienen de todo, vienen solas o acompañadas, con su mamá o con su abuelita, viene con un tío, con su pareja, con su esposo, de todo, parejas formales, estudiantes, tanto gente que tiene recursos como gente que no tiene, hasta gente que puede ir o pagar a un ginecólogo, pero vienen conmigo. Mire, vienen parejitas tan pobres que no se les puede cobrar y por lo regular son jóvenes, aunque lo que sí atiando bastante son a jóvenes pero en planificación familiar.

Llama la atención en las narrativas la diversidad de mujeres que acuden con estas parteras y que, en la mayoría de los casos, no acuden solas, en el caso de las mujeres mayores acuden incluso con sus esposos a solicitar las interrupciones aduciendo al hecho de que se “descuidaron”.

Gertrudis (Región XV): Son mujeres que vienen de lejos y son de comunidades de aproximadamente una hora y media de traslado, son más señoras y menos muchachas jóvenes, algunas de aquí mismo y vienen con sus mamás y para las personas adultas vienen sus esposos.

Angelina (Región XV): Llegan tímidas y cohibidas, como con nervios o pena y entonces yo me doy cuenta y es cuando mi mamá le comienza a dar seguridad y lo que hago yo es lo mismo y les digo: hola buenos días, cómo estas, pásale y lo que hables entre tú y yo queda no te preocupes y lo que necesites y ahí es donde se empiezan a desenvolver; pero lo mío lo mío es por ejemplo ahorita que le dije que me habían mandado un mensaje dónde me preguntaba una muchacha que me decía: “hola buenos días doña Ange, quería saber si va a estar usted en su casa porque tengo una amiga que tiene un problema de lo que usted la otra vez me ayudó y que quiere saber si la puede usted ayudar”. Por lo regular son mujeres jóvenes de 16 a 20 años y pocos son los casos de mujeres de más de 36 años, también han venido hombres solos [a pedir el medicamento para sus parejas] y mujeres solas que ni su pareja sabe, cuando vienen mujeres solas que ni su pareja sabe, es cuando más las apoyo porque ni ellas quieren que sepan quién se los dio y tampoco dicen nada por lo mismo, muchas de ellas me dicen que sus parejas tienen otras mujeres y aunque ellos quieren tenerlo, pero imagínese qué vida les van a dar.

En esta narrativa vuelve a referir la partera entrevistada, cómo las mujeres llegan a buscarla tímidas y nerviosas, la mayoría muy jóvenes y ella establece lazos de confidencialidad. Otro elemento destacable es que entre las mismas mujeres se recomiendan a la partera, incluso haciendo citas por teléfono. En cuanto a la participación de los varones, esta partera refiere que ellos llegan también a solicitar el medicamento para sus parejas. Este hecho del

involucramiento del varón puede interpretarse en al menos dos sentidos, uno muy positivo si se trata de apoyar una decisión de su pareja, pero por otra parte podría ser muy negativo, si es el resultado de una decisión del varón sobre el cuerpo de la mujer.

Lupita (Región XV): Han llegado casos que más que nada son niñas de prepa, entre 18 y 19 años. Vienen a platicar sus problemas, me dicen que saben que soy partera, que les gustaría platicar conmigo pero algo en secreto, les digo que pasen, les digo mi nombre y ellas me dicen su nombres y ya que les doy confianza, me empiezan a platicar que desafortunadamente no se cuidaron y que tienen cinco o cuatro semanas de embarazo pero que no pueden, que sus papás no saben o principalmente no quieren interrumpir su carrera, entonces quieren interrumpirlo. Siempre vienen con una persona adulta puede ser un tío, tía o a veces la pareja pero cuando vienen les platicamos, a veces las convencemos de que los tengan pero pues no nos queda bien la conciencia, porque ya decidieron no tenerlo, pero también sabemos que estamos interrumpiendo una carrera, o cómo van a mantener a sus hijitos, todo eso, o pensando: ¿en dónde se irán, quién se los irá hacer, le irán hacer bien? Son muchas cosas.

Para este caso las mujeres que atiende mayoritariamente son mujeres estudiantes muy jóvenes que confían en la partera y que a su vez, son comprendidas totalmente respecto a su voluntad para interrumpir su embarazo y garantizando su seguridad en la atención, mostrando con ello, una gran empatía dado que ven que siendo mujeres jóvenes enfrentar un embarazo no deseado frenarían sus posibilidades de buscar una mejor vida..

Margarita (Región XV): Pues algunas con mucha pena empiezan a decirme que ya tiene un mes o mes y medio de que no le ha bajado su menstruación, algunas vienen de 20 días, de 15 días que ya pasó; se les hace su prueba de embarazo y si ya es embarazo pues ya se les dice que es un embarazo, si sale positiva la prueba de embarazo y entonces ellas ya empiezan a decir que no la quiero tener, empiezan ya a decirme algún motivo y me dicen por qué no lo quieren tener, porque algunos que ya tienen muchos hijitos, algunos porque de plano no lo quieren tener. Bueno aquí en la casa he tenido la oportunidad de ver niñas de 12 años, 13 años y se les tiene más consideración por su edad, pero que vengan pue de retraso de díttas (días) nada más su regla, porque también es peligroso pues; o porque se van con el novio y no quieren que lo sepan sus papás, en ese caso les pido que vengan con una persona mayor.

Este caso llama la atención en particular porque hace referencia al embarazo infantil, que despierta en la partera una gran compasión hacia las niñas que enfrentan una situación como la de interrumpir un embarazo, también considera la importancia de que lleguen acompañadas de un adulto y de tener un corto tiempo de gestación para evitar poner en riesgo la salud de estas menores.

3.2.2 ¿De dónde vienen las mujeres?

Esto se refiere al lugar de residencia de las mujeres, ya que como ya se mencionó “En las regiones indígenas persisten barreras importantes que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Algunas se relacionan con elementos del orden económico, geográfico, de disponibilidad de servicios, y existen otras de orden cultural...” (Berrio, 2015: 5) y dado que no todas las parteras empíricas atienden casos de abortos con medicamentos, muchas mujeres se ven en la necesidad de recorrer grandes distancias para llegar con las parteras que sí puedan atenderlas para la interrupción voluntaria de un embarazo, desplazándose del lugar de donde viven al lugar en donde se encuentre la partera.

Rosario (Región V): Vienen de varias partes, algunas de esta comunidad y a veces vienen de otras partes como de 2 a 3 horas de distancia de aquí de la comunidad.

Josefina (Región V): Muchas vienen de otra comunidad, le digo que de aquí casi no vienen porque la costumbre aquí es que si ya quedaste embarazada aunque ya tengas un hijo chiquito lo tienes que tener y eso es a fuerza, eso es aquí en mi pueblo, ahora en otros lados sí es bastante las mujeres que piden ayuda, a mí ya me conocen de varias partes y por eso de lejos me vienen a buscar. Hay Diosito, como unas seis horas para poder venir a verme, aunque también hay de aquí cerquita de una hora o dos horas, yo no sé cómo es que se enteran, yo la verdad que me vienen a pedir ayuda y yo no puedo creer que sepan de mi trabajo en otros lados (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Lo que se puede destacar de estos dos casos, es que las mujeres se movilizan buscando el apoyo para interrumpir voluntariamente el embarazo, los traslados varían de las zonas geográficas y la ubicación de las parteras quienes pueden ayudarlas. En ocasiones prefieren no ser atendidas en los lugares donde residen por el temor al estigma, al menos en la Región V.

Para la Región XV, al parecer el acudir a las parteras del mismo lugar de residencia no representa ningún problema.

Socorro (Región XV): Vienen de todos lados, de aquí mismo y de rancherías.

Gertrudis (Región XV): Son mujeres que vienen de lejos y son de comunidad de aproximadamente una hora y media de traslado y son más señoras y una muchacha joven que si atendí pero eran de aquí mismo.

En la Región XV además de mencionar que las mujeres vienen de diferentes lugares como en la Región V, señalan la atención de mujeres migrantes centroamericanas.

Angelina (Región XV): De hecho son más casos de mujeres migrantes y más hondureñas de la zona de tolerancia [prostíbulos], estos son la mayoría de casos de interrupción, yo sí trabajo más con ellas.

Es destacable la labor que hace esta partera al atender casos de interrupciones voluntarias de embarazos a mujeres que por su condición de migrantes, se encuentran aún más vulnerables para acceder a servicios de salud en general y salud sexual y reproductiva en particular, tal y como está documentado en esta zona por algunas autoras, por ejemplo Ramírez, et al. (en prensa).

Lupita (Región XV): Vienen de diferentes lugares y de comunidades; hay comunidades donde tienen leyes bien feas, si se enteran que está embarazada la encierran y después de varios días las sacan de su comunidad con todo y su familia. Entonces por eso buscan sacarlo fuera, también vienen mujeres migrantes pero ya vienen muy mal y en esos casos sólo queda darles ánimo y decirles que ya se van a mejorar; es así y no queda otra cosa por hacer, ya solo estamos al pendiente de su sangrado; les preguntamos qué tomaron porque a veces en las farmacias les venden las pastillas y se toman hasta 20 pastillas de un solo, entonces lo único que podemos hacer nosotras es ayudarlas, porque si nos están buscando, entonces las tenemos que ayudar. Lo que hago es ver que no haya mucha hemorragia, por lo menos fajarlas, darles sus tecitos y si queda alguna duda pues mandarlas a que se haga un ultrasonido para ver que no queden restos. Ahora sí como nosotros no les dimos el medicamento nos sentimos tranquilas y las mandamos al hospital para que le hagan su limpieza.

Se vuelve a referir aquí el caso de mujeres que son estigmatizadas en sus propias comunidades y buscan ayuda con las parteras de otras zonas. Así mismo, se mencionan en estas narrativas qué suelen hacer en el caso de abortos incompletos de mujeres migrantes centroamericanas, asegurando que estas mujeres lleguen a las estancias de salud pertinentes para su atención.

3.2.3 El encuentro

Esta categoría describe las primeras interacciones que se llevan a cabo entre las mujeres que acuden para interrumpir la gestación y las parteras que las atienden, así como cierto tipo de consejería que las parteras pueden dar para prevenir embarazos no deseados, haciendo énfasis en la necesidad de involucrar a los varones que acuden con sus parejas.

Isabel (Región V): Sí me buscan, lo que hago es acompañamiento como consejería y me explican el motivo o la causa de por qué lo quieren hacer, entonces yo les apoyo, les digo: –Sí está bien, sí hay un tratamiento y te lo pueden hacer. Y me preguntan: – ¿Y usted no lo hace? –No– le digo, –como yo soy partera no lo puedo hacer porque no lo he visto, no he visto que reacción da en el cuerpo, necesito saber más para saber si puedo tener el valor. Yo empiezo a dar información de lo que son los métodos de planificación, les digo, tú estás jovencita y pasa en jóvenes y hasta en mayores que no tienen información de los métodos y yo les empiezo a explicar, tú estás jovencito, usa tu condón porque ya les explican en las escuelas ya no es tan cerrada esa información. Yo no quisiera que embaracen muchachitas o que dejen hijos aquí o allá y quedan sufriendo, entonces yo le digo, no lo hagan, o sí lo hacen, asegúrense cuando ya sea deseado tener un embarazo, es muy lindo tener un hijo pero así es lindísimo también las responsabilidades, que ya tienes que trabajar si estás estudiando y todo lo da la mamá y el papá te corren de donde estés bien y te ponen a trabajar, todo por embarazar una mujercita.

En este caso, se puede observar el mensaje y la consejería que esta partera mantiene con los jóvenes, quienes muchas veces se encuentran más expuestos a enfrentar un embarazo no deseado, lo interesante es resaltar la información de concientización que ella hace sobre el uso del condón masculino.

Doña Luz (Región V): A veces las mujeres vienen porque tienen miedo porque las violaron y así, por eso tienen miedo porque no saben cómo va a salir esa criatura, por ese miedo también muchas muchachas piden la interrupción y me lo platican y como les digo que lo que aquí se dice aquí se queda, no tenemos por qué estar platicando lo que se hace, yo te estoy platicando a ti porque usted ya me dijo que es para trabajo de investigación y que es para la escuela porque la verdad no con cualquiera se puede hablar de esto, esas pláticas no pueden ser sólo así.

Esta narrativa es importante porque logra apreciar los mensajes que se dicen desde el primer momento en el que las mujeres hablan con ellas y cómo esta partera a su vez, logra dejar clara la importancia de la confidencialidad como un principio fundamental para llevar a cabo el procedimiento con discreción y seguridad, en particular cuando se trata de mujeres que enfrentan una situación de violencia sexual.

Rosario (Región V): Muchas de las mujeres que abortan son estudiantes y así piden sus medicamentos para abortar, ellas me necesitan para que las ayude y yo las quiero ayudar para que no tengan un embarazo que no quieren, o porque no lo pueden tener.

Aquí se resalta el hecho de que en general las mujeres jóvenes saben y conocen que existen medicamentos utilizados para abortar y que también hay parteras que manejan dichos

medicamentos para hacer este tipo de apoyo; rompiendo con estereotipos que ubicaban a las parteras tradicionales como sujetas que ponen en riesgo a las mujeres por usar procedimientos rudimentarios e inseguros.

Socorro (Región XV): -¿Es común que le pregunten si hace usted abortos? Siempre me lo han preguntado incluso personas muy preparadas, simplemente por querer saber y por el simple hecho de ser partera, la gente le da siempre otro enfoque y nos tachan como que siempre hacemos cosas malas, pero no, uno siempre, siempre quiere uno lo mejor para las mujeres, porque nos buscan y eso yo lo he vivido y si algo no está al alcance de mis conocimientos porque no se puede saber todo, las oriento, porque si alguien necesita ayuda y yo tengo el conocimiento, se puede ayudar.

Esta narrativa expresa la asociación que se hace entre parteras y la atención a la salud de las mujeres; sin embargo, el tema del aborto resulta generar cierto morbo para intentar conocer desde la voz de la misma partera, la atención específica de estos casos, respaldada además por un concepto preconcebido de malas prácticas.

Angelina (Región XV): A mí lo que me ha motivado son las historias que las mujeres vienen a contarme porque en algún momento yo dije que ya no lo iba a hacer porque una mi hija se puso mal y estaba segura que era por la ayuda que estaba brindando con los abortos y hasta prometí que lo dejaría de hacer, pero ya de ahí dije, perdón pero la gente me sigue buscando y siguen confiando en mí y eso fue. Cuando vienen mujeres de 4 meses las enfoco a otra cosa, de echo tuve a una mujer aquí que precisamente se acaba de aliviar el 16 de marzo y estuvo viviendo un mes conmigo, ella vino por una interrupción pero ya tenía como 24 semanas y entonces yo le empecé a hablar y hablar y me decía: -Mire, es que no quiero y no sé qué hacer.

Esta partera refiere que para ella el atender casos de aborto es una cuestión que está legitimada por la necesidad que tienen las mujeres para interrumpir un embarazo, incluso en brindar acompañamiento y atención para aquellas que por cuestiones de tiempo en la gestación se ven imposibilitadas a realizar dicho procedimiento.

3.2.4 El qué dirán de su ayuda

Esta variable está relacionada con el estigma mismo que tanto Aniteye et al., (2016) como Castañeda et al., (2003) mencionan que es una barrera social que etiqueta de manera peyorativa tanto a las parteras que interrumpen embarazos como a las mujeres y familiares que acuden a ellas. Esto también fue mencionado por las parteras entrevistadas.

Doña Luz (Región V): Es un tema cerrado, ... donde yo empecé a escuchar fue cuando vino una campaña en la presidencia de una organización y se pusieron de acuerdo con el presidente municipal, de eso ya tiene como 12 años que vino esa campaña, invitaron a las parteras y ahí me voy, entonces ahí si nos hablaron de la interrupción, y que traían un medicamento por si alguien se quería anotar con las personas que vinieron y ya después lo platicamos las parteras, y dijeron: –No, ni lo quiera Dios, es un gran pecado. –Pero ¿qué tal si llega un caso?– pregunté, –Sí pero no, es un gran pecado, es delito, nos vamos a ir a la cárcel. Eso es lo que me dijeron las demás parteras, –pues entonces yo también tengo miedo–, les dije. Lo que dicen es que cuando uno hace abortos, uno se sala. Haga usted de cuenta que se sala toda la manzana, eso me decía mi abuelita, me decía mi abuelita: –No, una mujer que aborta, lo mata su bebé, va a salar toda la manzana. Salar es como una mala racha, es como una maldición, así lo tomaban ellas, entonces no se hacía. Yo he compartido con otras parteras, les he dicho: –Cuándo llegue tal persona, yo tengo medicamento. Sí las buscan, yo sé que las buscan mujeres que no quieren tener sus bebés, que los quieren pasar, y me dicen: – ¡Ay no doña Luz!, es que a nosotros no nos gusta hacer esas cosas, eso es pecado, pero si es un caso pues de necesidad, lo mandamos a su casa y le decimos, vayan a su casa de doña Luz, ella sí las ayuda. Es una buena relación con mis compañeras parteras, yo les he hablado de la interrupción porque sí sé que las buscan también y como ellas siguen con las agüitas (por lo regular es un término que se le da a los tés o bebidas con hierbales medicinales) entonces yo les he hablado claramente y les digo: –Miren, las agüitas no funcionan, ¿qué va a pasar? sólo que le den más calor a la criatura o le den más fortaleza porque hay cosas que le dan más fortaleza también. Con mi familia, algunas mis hijas saben que ayudo a las mujeres, otras no porque haga usted de cuenta que para ellas eso es pecado, pero ellas no saben la necesidad de la gente, no se ponen a pensar qué tanto hay en la vida, como ellas pasan más en sus casas aisladas de todos, no saben y no piensan en las demás, mi esposo apenas sí se está enterando porque viene uno, dos o tres veces la misma persona y me pregunta: – ¿Qué tanto vienen hacer?, ¿y qué tanto vas a tal lugar? – y ya le digo, esto y esto está pasando, –ah bueno. En una ocasión me dijo: –No quiero que trabajes ya en esto porque es pecado no vaya a ser que Dios por eso nos castigó [La pérdida de un hijo universitario]. Entonces le digo: –No, no pasa nada porque es gente que lo necesita, gente que no puede tener ese embarazo por su familia, porque es estudiante, porque tiene una enfermedad. Entonces hay muchas causas por lo que quiere hacerlo la gente, sí lo hago, y yo sé por qué. En la comunidad hasta ahorita todo tranquilo, claro que la misma gente no lo dicen porque por ejemplo la muchacha que vino ayer por la prueba me dijo que ni su mamá lo sabía y así mucha gente que sólo lo sabe el esposo o la mamá pero de ahí, nadie. Que yo sepa de mí no dicen nada malo. Me gustaría que me reconocieran pero no como persona que interrumpe embarazos, porque no todas las personas lo van a tomar bien y me van a empezar a decir que soy mata gente o mata criaturas, como le decían a la partera que usaba la sonda, a ella le decían ahorca gente, decían: – ¡Váyanse con doña María ahorca gente! Y es que esa señora hacía trabajos muy malos y lo hacía hasta de 5 meses, entonces no me gustaría, la verdad yo no estoy de acuerdo y sí hay que tener límites. Yo no les cuento a mis hijos de esto y de lo que hago, porque pienso que no les va a gustar pero ya algunos de mis hijos ya lo saben, mi esposo ya lo sabe, entonces ahí estamos, seguimos platicando, seguimos ayudando a la gente, no sólo de mi comunidad porque vienen de otros lados.

Uno de los principales elementos dentro de esta narrativa es el hecho de hablar del aborto de forma grupal, en donde independientemente de sus propias creencias, se abrió paso al diálogo y los argumentos que ampliaron la discusión sobre el tema y los posibles casos que se les habrían de presentar. La interacción de las parteras favorece distintas formas de actuar y de pensar, así como de conocer e identificar a las compañeras que estarían dispuestas a brindar la asistencia del aborto inducido, contribuyendo a una red de ayuda entre parteras. En cuanto a la relación con la familia de la partera, por la atención a casos de interrupción de embarazos, ella determina a quién de sus hijas contarles el apoyo que brinda y a quiénes no, esto para evitar el conflicto que se pueda presentar por los desacuerdos sobre el tema del aborto. El esposo por el contrario, se da cuenta por la cercanía que éste tiene en los quehaceres de su esposa partera [control] y aunque existe un caso trágico como la muerte de un hijo, la partera no lo interpreta como un castigo divino, por lo que hace una clara distinción entre una pérdida personal y el apoyo que brinda a las mujeres que acuden con ella. En cuanto al estigma social en su comunidad, la partera refiere que es muy cuidadosa en la atención de casos de abortos inducidos porque no quiere ser considerada una partera abortista o mata gente. El prestigio que la partera mantiene por su oficio puede verse afectado si en el entorno social ella es identificada como una partera que hace abortos, sin embargo, aunque es conocida por algunas personas por brindar esta asistencia, todo se maneja en un grado de discreción para evitar ser sancionada legal y socialmente de cierta complicidad a nivel comunitario que a la vez es una forma de seguridad para todas y todos.

Josefina (Región V): Mi familia sí lo sabe, ellos siempre me han hablado y me han dicho que yo apoye siempre que vea que hay necesidad; mi esposo me dice que sólo lo haga cuando de verdad vea necesidad, pero sí pueden mantenerlo ahí no está bueno, sólo si de verdad lo ves que no tienen para criarlo ahí si hay que ayudar. En cuanto a las demás parteras, la única que sabe que yo trabajo aborto es doña Luz. Yo recuerdo que cuando nos vinieron a visitar para capacitarnos sobre aborto, las otras parteras se enojaron y regañaron. En cuanto a la atención de los partos y todo lo demás, sí lo saben, pero para el aborto no les digo porque ellas dijeron que eso aquí en la comunidad no se acostumbra y es cierto, aquí aunque no puedan mantenerlos y tengan muchos no se permite abortar. Ni las otras parteras, ni mis vecinos, nadie de aquí, yo no platico de eso, yo aquí con mi familia sí porque aquí atiendo pero en la comunidad sí no. Si se enteraran aquí se me hace un problema y me afectaría mucho, ¡ay si lo viera usted! Aquí es duro, no ni lo quiera Dios, aquí sólo una vez logré hacerle a una chica que de verdad lo necesitaba mucho porque su marido estaba en la cárcel y ella fue a visitarlo, de ahí quedó embarazada. Le voy a platicar ese caso, una vez paso que atendí esta

muchacha de aquí y no sé cómo es que le dijo a un su cuñado; el cuñado vino a hablar conmigo y me preguntó que si era cierto y que si le había hecho un aborto y le dije que no, que yo no había hecho nada, que ella estaba loca, que le preguntara bien y que ella sabía qué había pasado en realidad, y me dijo: –Mire usted, ella se escapó de la muerte; pero le dije, de qué me estaba hablando si yo no le hice nada. Yo sí le había ayudado pero lo negué todo porque él ya me venía a reclamar y ya después hablé con ella y le dije que por favor se callara la boca. Yo la fui a ver y ella estaba bien, no tenía nada de lo que decía el cuñado. Ya después vuelve a venir otra vez y embarazada de vuelta, según me dijo que otra vez lo fue a ver a su marido pero yo ya le dije que no, porque si en una me salvé, en otra ya no quería problemas con su familia y saber qué iba a ir a decir y es que ella sí era de esta comunidad. Entonces siempre como que se quiso regar el chisme y después llegué a saber que me decían la “mata hijos” pero ahorita gracias a Dios ya pasó, ya se calmó, de eso tiene ya como sus cuatro años, entonces yo por eso no me gusta atender gente de mi comunidad. Con la gente de afuera no tengo problemas, de hecho cuando vienen de afuera yo les explicó bien, les voy a hacer ese trabajo pero con la condición de que esté cerrada la boca porque el día que yo lo sepa que dijeron algo ya ni vayan a venir que los atienda otra vez; ahora sí que les hablé bien clarito desde el principio. Y es que me da mucho miedo porque no sabes lo que la gente puede llegar a hacer. Y es que llorando vino esa mujer que estaba embarazada y su marido en la cárcel y que cómo le iba a hacer, por eso fue que yo la ayudé, pero sí me metí en problemas aquí en mi comunidad. Yo no voy al centro de Salud para evitar problemas, aquí me lo arreglo yo, si es sangrado ya sé que les tengo que poner, yo mal no las dejo ir, tienen que salir bien y tranquilas, si es mucho les pongo su suero y sus medicinas, la cosa es que yo no tenga que tratar esos casos con ellos [el hospital] (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Esta narrativa, en particular, advierte cómo ella se siente al estar trabajando la asistencia de abortos inducidos en su propia comunidad, expresando que es un ambiente totalmente desfavorable para que ella pueda hacerlo, por lo que el apoyo de su familia resulta crucial para atender este tipo de casos. Ella expresa un antecedente que incluso terminó en el señalamiento que vulnera duramente su quehacer como partera; sin embargo, esta experiencia le brinda elementos que le permiten en la actualidad, reafirmar aspectos de confidencialidad, al grado de sentirse segura solamente atendiendo casos de abortos fuera de su propia comunidad y a los que les pide guardar la secrecía de su participación. Esto incluye, la atención de las complicaciones por sus propios recursos.

Doña Antonia (Región V): Yo trabajo con otras parteras pero ellas no atienden aborto, porque dicen que es malo y no les gusta, aunque yo creo que igual que yo, sí ayudan pero no lo dicen y más si es en reuniones o hay más gente.

Aquí es claro el señalamiento que implica el trabajar la atención de abortos inducidos, dado que es un tema que desde el término implica un estigma social, cierra toda posibilidad de

poder hablarlo abiertamente, incluso con otras compañeras parteras, que como doña Antonia refiere, pueden estar brindando también este tipo de asistencia.

Para el caso de regiones autónomas en la Región V (que se rigen por los lineamientos propios de la comunidad) se puede apreciar el profundo respeto que se tiene respecto a las decisiones tanto de las parteras como sobre la salud de las mujeres.

Rosario (Región V): Hasta ahorita no he tenido problemas con nadie por ayudar a las mujeres, aquí en mi comunidad tenemos necesidad pues, entonces no hay problema, además aquí en mi comunidad es autónoma, entonces si lo acordamos ayudar a la mujer, lo tenemos que hacer sin que nos molesten.

Es evidente la libertad de acción que las parteras y las mujeres pueden tener en este tipo de comunidades que no están encorsetadas en culturas llenas de prejuicios y prohibiciones sobre las decisiones de las mujeres y sus cuerpos.

En la Región XV resalta la existencia de una mayor comunicación entre las parteras y logran identificarse entre sí, lo que llama la atención es el hecho que no en todos los casos esta relación termina siendo de apoyo mutuo, si bien, se conocen y se relacionan, existen casos también en dónde el saber que entre compañeras existen parteras que hacen abortos puede reforzar las críticas o señalamientos entre ellas.

Socorro (Región XV): Con todas las demás parteras me llevo bien aunque no todas saben que hago procedimientos, las únicas que lo saben son las otras compañeras que también lo hacen, a las que también capacitaron, entre nosotras nos apoyamos y hay una muy buena relación y con las parteras que no lo hacen me las refieren, no todas porque también ya ve que unas piensan diferente, pero si ellas se llegaran a capacitar y supieran la magnitud del bien que se hace, no pensarían mal, pero como no se capacitan. Mi familia no sabe nada porque por ejemplo mi esposo lo sataniza, la única que lo sabe porque me apoya es una mi hija pero para eso no tiene mucho que se lo dije, tendrá como un año y hasta eso porque la llevé a que se capacitara, mi hija me ayuda en todo. En mi colonia afortunadamente no me juzgan porque hago muchas cosas más, los casos de abortos son casos que surgen esporádicamente porque lo que más hago y por lo que más me buscan es para partos y la medicina tradicional, así que la verdad, la verdad la gente me quiere mucho porque me traen a sus niños a horas de la noche, que si tienen algún dolor o que tienen fiebre, cualquier cosa, entonces no he tenido problemas aquí y las mujeres o personas que saben que hago interrupciones, son personas que me quieren mucho porque existe un agradecimiento.

En esta narrativa podemos ver lo positivo de estar comunicadas entre sí, tal es el caso de pasarse medicamentos entre las que ayudan a las mujeres a interrumpir su embarazo y en

considerarlas referentes en los casos de parteras que no hacen dicha práctica. También esta partera expresa lo positivo que podría ser que las parteras que no apoyan a las mujeres a realizarse un aborto inducido se capacitaran, porque de esa forma existirían más parteras atendiendo en este tipo de situaciones que tanto afecta a las mujeres en edad reproductiva. Retomando algunos de los puntos anteriores en donde las parteras argumentan que no solamente se dedican a hacer abortos, esto se ve reflejado también al referir que efectivamente, en su comunidad la relación es positiva porque ella está identificada como una partera que atiende partos, que trabaja la medicina tradicional y que atiende a las criaturas con malestares sin importar la hora en las que ella sea solicitada, por lo que su prestigio como partera tiene un equilibrio dado todos los servicios de salud que proporcionan a la comunidad.

Angelina (Región XV): Bueno, mi familia como que sabe porque se dan cuenta, pero pues nunca se meten con el tema. De hecho me pasó un una vez con un sobrino. El vino y me platicó que tenía un problema y que si yo le podía ayudar, me trajo a la novia para que le ayude a interrumpir su embarazo pero yo vi que la novia estaba insegura, él quería que a la fuerza le diera el medicamento, como esos machos que dicen “yo quiero y yo quiero”. Yo ahí tomé otra decisión y accedí a ayudarlo pero no le di lo adecuado porque la muchacha no estaba segura y entonces dije yo, no porque él sea mi familia voy a forzar a la chica a hacerse un aborto y para que luego la muchacha diga que la tía de su novio se lo hizo y ella no quería. Hasta en ese tema uno se tiene que dar cuenta de que la mujer esté realmente segura de lo que quiere hacer, sino ahí sí podemos meternos en graves problemas. Mi mamá sí lo sabe y lo sabe porque cuando a veces ella no tiene medicamento me habla y me dice: –Hija, mándame medicamento o ve a la terminal a recogerlo porque ya me lo envió el promotor. Nosotras dos nos apoyamos porque de hecho mi otra hermana dice que ella no lo hace pero en esta vida todo se sabe. Un día pasó una muchacha y me preguntó: –Disculpe ¿no sabe dónde vive la partera tal? Y ya le dije: –Aquí en la casa de dos pisos; y no le dije que yo también era partera pero ella se sentía tan temerosa que me dijo: –Es que fíjese que no me baja mi periodo y esto y el otro y la verdad es que me dijeron que ella es muy buena y que me puede ayudar con medicamento. Y ya le dije que sí, que ella también era partera y la podría ayudar, entonces quiera o no quiera todo se sabe y entiendo que aunque seamos hermanas no me lo dice porque como su esposo trabaja en el centro de salud; pues tiene que ser muy cuidadosa con eso. Con otras parteras la verdad que es un tema que casi no se habla, sólo con una que es hermana de mi mamá y cuando yo tengo una duda recurro con ella, he incluso le pido también medicamento porque a veces no tengo y el promotor no llega en ese momento y las mujeres vienen de lejos y para no hacerlas esperar mucho tiempo, le pido a ella.

En este caso hay elementos que se repiten con otras narrativas pero es destacable la postura que ella manifiesta frente a actitudes machistas de las parejas. La actitud de sororidad de

esta partera para tomar en cuenta la situación que está enfrentando la adolescente que llega con ella, es crucial para resguardar y asegurar que la joven tome una decisión propia, sin sentirse presionada o forzada. Este posicionamiento desde su ser mujer habla de un apoyo real que no consiste solamente en la asistencia a un aborto, sino que logra además percibir las necesidades y problemáticas reales que como mujeres se habrían de enfrentar en los casos de embarazos no deseados.

Vale la pena resaltar la absoluta secrecía que se tiene que guardar en cuanto a la atención de abortos inducidos, entre parteras, con su propia familia y el entorno en general, con la finalidad de no ser señaladas negativamente.

Gertrudis (Región XV): Sí oigo decir que hay otras parteras que lo hacen pero yo nunca digo nada. Mi familia no sabe nada porque son cosas muy personales, si lo saben puedo tener problemas.

Lupita (Región XV): Tengo tres hijas que me ayudan con lo de la partería pero no en lo de la interrupción, mi esposo no lo sabe, yo solita guardo todo. Con mis compañeras parteras algunas sí nos compartimos lo que hacemos pero no con todas se confía, es que entre nosotras existe mucha envidia, aquí en el barrio luego hay comentarios que dicen: –Vayan con doña Lupita, le encanta matar a la gente, les dan pastillitas. Dicen que dicen, lo platican, no crea, por eso da miedo.

Tanto en este caso como en la mayoría de las narrativas de ambas regiones, se puede apreciar que hace falta una mayor sororidad entre parteras, porque eso mismo las protegería contra el estigma, y el señalamiento como trasgresoras de la ley y potenciaría el apoyo y la concienciación sobre los embarazos no deseados.

3.3. Las ventajas y desventajas de que las parteras tradicionales realicen abortos con medicamentos

- ❖ ¿Cuándo no es posible ayudar?
- ❖ Cuántos casos
- ❖ Costo
- ❖ Complicaciones
- ❖ La ley ¿enemiga?
- ❖ Secretaría de salud VS Parteras que ayudan

- ❖ Tragedias
- ❖ Sin parteras ¿quién ayuda?

3.3.1 Cuando no es posible ayudar

Aquí se hace referencia al reconocimiento de los límites que como parteras reconocen para realizar interrupciones, teniendo muy claro los criterios necesarios para no poner en peligro la vida de las mujeres a las que atienden.

Doña Luz (Región V): A todas se les atiende por igual, lo único que considero son las semanas de gestación. Mi límite son 10 semanas de gestación. –¿Y atiende también abortos espontáneos? –No, la verdad casi no atiendo esos casos, los refiero al hospital, porque ya son casos complicados, además no sé cómo vienen, qué tomaron o qué hicieron, ellas dicen que nada pero ya vienen con sangrado abundante y ahí sí les digo que tienen que ir al centro de salud, yo no las puedo atender ya con sangrado. Hay que tener límites, como le dijera yo, en ese mismo sentido miro a las mujeres que vienen y ya están pasadas de tiempo, les digo: –miren ya va a nacer, mejor denlo en adopción a esa criatura, ya que hay otra gente que la quiere o la necesita, ya no se puede hacer nada y si ustedes se van a otra parte, eso ya es matar y ahí se pueden ir a la cárcel y es un delito. Y sí, mucha gente si lo da en adopción cuando pasan de mucho tiempo, a veces son niñas de secundaria o rancherías porque sí llegan a entender [que abortar] es peligroso.

Este caso explica cuáles son los límites que ella considera para no brindar la atención en un aborto inducido, el primero y determinante es el tiempo de gestación y el riesgo que se corre al atender a mujeres con sangrado abundante por no saber cómo es que se llevó a cabo ese proceso, por ello, prefiere referirlas al centro de salud para su debida atención. Ella hace hincapié en la necesidad de explicar que en el caso de no poder realizarse un aborto por el tiempo del embarazo con el que las mujeres llegan, contemplen siempre la posibilidad de dar a los bebés en adopción, demostrando de nuevo su empatía con la decisión de la mujer de no tener a la criatura.

Rosario (Región V): Hasta ahorita no, casi siempre las ayudo, de una o de otra manera, pa aborto o sino ya del parto.

Josefina (Región V): No, no me ha tocado decirles que no porque todos los que me buscan, les encuentro sus necesidades y sé porque viene, por eso yo no lo he podido negar, aunque para el aborto sí tiene que ser de ocho a nueve semanas (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Doña Antonia (Región V): Sí vienen pero como vienen ya con 4 meses, 5 meses ya no se puede. A veces, vienen hasta con faja para que no se note. Si lo sentimos

que ya está uno grande y ya no lo puedo... que tal si se muere pue' la mamá, ¿quién va a tener la culpa? La partera.

Los puntos más importantes que resaltaron en todas las narrativas de la Región V hacen alusión al tiempo de gestación, estableciendo la atención hasta las 10 semanas, considerando que este límite es primordial para evitar que las mujeres pongan en peligro su vida. Así también, en algunas narrativas se destacó el hecho de referir al centro de salud, casos de mujeres que llegan con sangrado, evitando una mayor complicación que las exponga a parteras y a mujeres. Las parteras demostraron también una amplia responsabilidad para orientar en casos de embarazos mayores a las semanas permitidas y ofrecen su ayuda y su acompañamiento para llevar a cabo un embarazo y un parto a término proponiéndoles que acudan a instancias en donde puedan darlos en adopción.

Para la Región XV, vuelven a hacer referencia al tiempo de gestación como criterio de límite, pero a diferencia de la Región V, estas parteras sí piden ultrasonidos para asegurarse del tiempo del embarazo, como ya se había mencionado antes.

Lupita (Región XV): Yo las apoyo pero no siempre se puede, tiene que ver la semana de gestación, les pedimos un ultrasonido porque a veces las muchachas mienten que tienen pocas semanas, entonces ya en el ultrasonido se ve si trae una placenta baja, entonces no, porque se va a desangrar, así se evitan riesgos. Mi límite es hasta las 9 semanas.

Esta partera tiene argumentos sólidos que dejan ver la claridad que para ella tiene reconocer los límites gestacionales de un embarazo para su interrupción, así como también, reconoce que las mujeres embarazadas y desesperadas por lograr interrumpir un embarazo, pueden mentir y correr un gran riesgo.

Socorro (Región XV): Yo siempre trabajo con estudios y con ultrasonido para que no me mientan en el tiempo y vaya yo a meter las patas como se dice, la verdad yo trabajo hasta las 11 semanas, ese es mi límite y si vienen antes, mucho mejor. Hay mujeres que en el afán de querer abortar toman barbaridad y media y a veces vienen muy enfermas, entonces yo ya no las toco, ni las recibo, pero sí les digo: – ¡Váyanse inmediatamente al hospital!, porque podría ser que esa mujer necesite de esa atención. Aquí llega de todo y lo que termino haciendo es exponiéndome y llevándola, pero no las toco, porque ellas ya vienen o jugueteadas o tomaron barbaridad y media, entonces las oriento y a veces vienen con el esposo. Hay personas que sí regresan, tuve una maestra que en dos años vino tres veces para interrumpir, entonces sí con la pena, le tuve que decir que era la última vez y que

ella necesitaba buscar un método para planificar y sí, al parecer encontró algo porque ya no volvió a venir.

En este caso, la partera reconoce muy bien cuándo hay intervenciones previas e irresponsables y toma sus precauciones para no poner en riesgo la vida de las mujeres, por ejemplo, prefiere arriesgarse a ser juzgada por el servicio de salud pero las acompaña, no obstante, tiene sus propios códigos de ética ante quienes considera están utilizando el aborto inducido como un método de planificación familiar.

Angelina (Región XV): –¿Alguna vez le ha negado la ayuda a alguna mujer que haya venido para solicitar la interrupción de un embarazo? –Sí pero era porque ya tenía 26 semanas de embarazo, era una muchacha y ya se había tomado una caja de misoprostol y cuando vino ella para que yo la revisara, sentí al bebé muy durito y con el estetoscopio del pinar empecé a checar la frecuencia cardíaca del bebé y me daba 167, 170 y yo sentía que era como taquicardia y ahí sí le dije: – ¿Sabes qué? Ese bebé, si lo dejas así le puede pasar algo, o no se va a lograr. Ahí sí le empecé a hacer conciencia de que tenía 26 semanas, y le dije que ya no se podía hacer nada y ella me dijo: –Por favor ayúdeme. Me puso el dinero en la mesa y le dije no y ya le dije: –Mira con el dinero que tienes mejor vamos por un ultrasonido y con un ginecólogo para que te cheque, y si no lo quieres, muchas familias buscan un hijo para adopción, y ya ella me dijo: –No, lo que pasa es que mis papás no saben que estoy embarazada. Y así, de hecho la muchacha ahorita tiene 36 semanas de gestación y le sigo dando seguimiento, la convencí para llevarla al hospital, porque necesitaba quedarse internada y sí se quedó ahí y por eso tuve problemas yo en el hospital y me salí porque pensaron que yo le había dado la caja de misoprostol. Aunque lo arreglé y todo, pero ellos se quedaron con esa idea. Yo al final sabía que había hecho algo sano porque tal vez esa mujer con lo que ya estaba pasando era mejor que recibiera otro tipo de seguimiento y sí gracias a Dios la muchacha aceptó ir al hospital.

Esta narrativa tiene una serie de elementos que se van describiendo secuencialmente, tal es el caso de que esta partera no ve en la práctica del aborto inducido un negocio que esté por encima de la salud de las mujeres que llegan con ella. La partera también menciona la importancia de generar un ambiente de comunicación y de confianza, un diálogo que no siempre se visualiza entre usuarias y personal de salud (*ella ya se había tomado una caja de misoprostol*). Esta forma de relacionarse logró incluso, que fuera la misma mujer quien al sentirse ante la necesidad de ser ayudada, explicara lo que se había tomado previamente. Es importante considerar la atención general que la partera realiza al hacer revisión también del producto de 26 semanas de gestación, sabiendo el riesgo que corren ambos, ella decide, que a pesar de que quedaría expuesta y vulnerable como partera al trasladarla al hospital para ser atendida. Además, refuerza el argumento sobre la necesidad del acompañamiento y

de generar opciones para mujeres que enfrentan un embarazo no deseado y que por el tiempo gestacional no puedan recurrir a un aborto inducido, concientizando ante todo los riesgos eminentes para su salud y la del embarazo en proceso.

3.3.2 Cuántos casos

Esta categoría tiene una gran importancia porque al ser parteras tradicionales, su capacidad está altamente relacionada con su práctica empírica (Argüello y Freyermuth, 2015), en este caso, con la repetición de la experiencia de practicar abortos con medicamentos, encontrándose que al preguntar por los casos atendidos, es notorio el estigma, al justificar que han sido pocas las mujeres atendidas que llegan a solicitar esta asistencia. El no contar con reportes que puedan ofrecer una vista real de las mujeres que llegan con las parteras para abortos inducidos dificulta saber el aporte en salud al prevenir muertes de mujeres en edad reproductiva derivadas de abortos mal practicados.

Isabel (Región V): Digamos que varía, pero conmigo como unas 10 por año.

Rosario (Región V): No son muchos pero póngale usted que al mes uno, dos o tres casos.

Doña Luz (Región V): Muchísimas ya, de entre 5 a 8 al mes, últimamente ha disminuido pero en los primeros años eran muchos casos y no sé qué ha pasado o donde se estén yendo, puede ser que la gente este teniendo sus hijos muy seguidos o ya no hay casos de interrupciones y hay más cuidado, más planificación o no sé qué podría estar pasando.

Doña Antonia (Región V): Yo sólo pocos caso he atendido.

En el caso de las parteras de la Región XV, existe más discrepancia en las respuestas, desde decir que son más de 5 casos atendidos al mes, hasta decir que casi no lo hacen. Exceptuando el caso de Angelina quien sí tiene un control por escrito de las interrupciones.

Socorro (Región XV): Muchos pero en lo que va de este año unos 15 (de enero a marzo de 2018).

Angelina (Región XV): En un año... deja le digo porque llevo el control y las anoto, pero calculando en promedio como 20 mujeres.

Gertrudis (Región XV): No, casi no me buscan para eso, como casi no lo hago no me buscan tanto.

Es importante mencionar que las parteras no sólo se dedican a interrupciones, incluso dentro de las entrevistas, las parteras hacían alusión al gusto y satisfacción que sienten ellas al atender los partos, ayudar a dar a luz o a interrumpir un embarazo no deseado es un equilibrio que las ubica como defensoras de la vida de las mujeres, conscientes de las situaciones que enfrentan en su día a día. Sin embargo, de manera extraoficial organizaciones civiles que distribuyen kits de interrupciones, mencionan que en estas zonas ocupan aproximadamente entre 5 a 8 kits al mes por partera.

3.3.3 Costos

Se tiene la creencia de que las parteras tradicionales no suelen cobrar por sus servicios, sin embargo, el aborto por medicamento tiene un costo específico por el tipo de fármacos que se utilizan, incluso sabemos que las interrupciones de embarazos voluntarios en lugares privados propician la estratificación de quiénes pueden acceder a estos servicios y a quiénes no (las mujeres pobres tienen menos posibilidades de acceso a este tipo de servicios), así que fue interesante conocer qué precio le dan las parteras entrevistadas a este servicio.

El kit con el que estas parteras interrumpen la gestación consiste en: una pastilla de mifepristona, cuatro pastillas de misoprostol, una prueba de embarazo y cuatro pastillas de ibuprofeno para el dolor abdominal. Estos insumos son adquiridos a través de promotores de salud de organizaciones civiles.

En la Región V se pudo apreciar que tienen una conciencia social de pertenecer todas a una zona pobre, por tanto el aborto con medicamento no les representa un margen de ganancia mayor a los 50 pesos al dar casi al costo el tratamiento.

Doña Luz (Región V): Mire, como le diré, es barato para todo el proceso que se hace, sí está barato, son 350 pesos y hay casos en donde ni si quiera se cobra pero para esos casos tengo que pedir autorización con las personas que me surten el medicamento y si ellas me dicen que es un caso que amerita subsidiar se hace, dependiendo el caso. El precio es igual para todas, 350 pesos, la ganancia sólo es de 50 pesos por todo lo que se tiene que hacer.

Rosario (Región V): Pues aquí todos somos pobres, así que nada más puedo subir un poquito del precio que me costó comprarlo a mí, cobró 320 o 350 pesos, a mí me cuesta el medicamento 300 pesos.

Josefina (Región V): Depende, así como ahorita que agarramos las pastillas que están como en 300 pesos, entonces ya yo lo doy en 330 pesos, le gano 30 pesos o 50 pesos, ahora sí que como lo mire yo la gente, a veces no cobro nada sólo lo que me cuestan a mí las pastillas porque hay gente que de verdad no tienen recursos, ni les alcanza y de esa manera apoyamos pues nosotras, a veces me dejan unos mis 20 a mis 30 pesos y si tienen ya me agradecen con 50 pesos pero ya es que ellos lo quieren dar, no es que yo les pida y si de plano no tienen, sólo que me paguen lo que me costó la dosis y eso es lo que me pagan y es que hay mucha gente de bajos recurso (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

En algunos casos en lo que las mujeres les manifiestan que no pueden pagarles, ellas resuelven la situación gestionando con los proveedores del medicamento el costo del mismo, para ser subsidiados en su totalidad. También refieren los casos en los que únicamente cobran los costos del medicamento, haciendo de esto un apoyo humanitario, lo cual no es debidamente reconocido como muchos de las acciones que las parteras tradicionales realizan en pro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de regiones con alto grado de marginación.

Caso diferente se encuentra en la Región XV, en donde las parteras entrevistadas refieren mayores costos por el servicio y criterios muy personales para decidir la manera en la que cobran el procedimiento.

Socorro (Región XV): Yo cobro depende de los casos porque hay gente a la que no se le puede cobrar ni lo que cuesta el medicamento, tienen la necesidad y hay casos en donde se repone uno de lo que no puede pagar otra persona que sí puede tener el recurso, eso siempre ha existido y me dicen: –Es que no tengo la paga, ¿será que le puedo pagar cuando me paguen mi quincena? Bueno, muchas regresan y otras no y me siento tranquila y satisfecha.

Gertrudis (Región XV): Cuesta 300 pesos el medicamento, yo cobro como 600.

En estas dos narrativas fue importante considerar el equilibrio que ponderan para cobrar el costos del procedimiento, cobrando en algunos casos mucho más de los que les cuesta el medicamento pero considerando que en otros casos, puede llegar a ser totalmente gratuito, dejando la posibilidad del acceso a todas sin importar su condición socioeconómica.

Angelina (Región XV): Depende de la persona que venga puedo cobrar de 600 hasta 2000 pesos dependiendo de lo que tengan ellas, por lo regular yo cobro 1800 pero a veces sí lo doy en 2000 pesos cuando tengo que ir a dar cosas extras, pero por ejemplo a la niña que venía de la secundaria no le cobro nada, ella me había dicho que estaba pensando trabajar en un bar para conseguir dinero, entonces lo que hice es que no le cobré nada pero quedó la deuda aunque no me dio nada pero dejarle la deuda es una forma de que no se confié y tenga más cuidado. Me quería dejar hasta su teléfono pero le dije que no porque teníamos que estar en comunicación pero sí de repente me manda que 15 o 20 pesos y yo le había dicho que eran 600 pesos; la idea es que no piense que es algo que se puede estar haciendo así como así y es mi forma de hacerle conciencia, mire yo intento que cada que pasan casos así les pido que vengan sus parejas para hacerles conciencia también a ellos por lo menos para que vean lo que implica todo y ese día que vino el novio de la niña de secundaria hasta 50 pesos me dejó.

Aquí se pudieron detectar algunos elementos tales como un código de ética personal al cobrarles muy poco a las niñas de secundaria, pero sin eximir las de su responsabilidad, involucrando además a la pareja; el costo que ella pone para el procedimiento en casos de jóvenes es simbólico, pero lo que ella resalta es invitarlos a que tomen conciencia sobre su autocuidado.

Lupita (Región XV): Mire, hay que ser honestas, no tiene un precio caro porque estamos apoyando, necesitan nuestro apoyo, yo lo más que he cobrado, como máximo son 900 pesos si veo que tengan posibilidad y si no, hasta se los he regalado. Esos 900 pesos va incluido su kit le doy una cajita de ibuprofeno, con sus cuatro o cinco ampollitas de ceftriaxona¹⁴ ya solo ahí son casi 450 ósea prácticamente es el costo, porque yo no hago este proceso por ganar, yo para esto definitivamente no, porque ni me sentiría a gusto tener un peso de esa forma y dejar que no coman las... no, no tengo ese corazón.

Margarita (Región XV): De 400 a 500 pesos.

Los costos del procedimiento para las parteras de la Región XV están determinados por los criterios que ellas establecen a partir de la apariencia y la situación de las mujeres que acuden a solicitar su asistencia, compensando los costos del servicio cobrando más a las que ven en mejores condiciones y exceptuando del pago a quienes perciben como más vulnerables.

¹⁴ El uso de la ceftriaxona no está considerado dentro del protocolo de aborto con medicamento de la OMS y si bien no es el mejor antibiótico para uso preventivo en casos de infecciones que pudiera producirse por un aborto incompleto, la partera lo incluye dentro del kit de asistencia para el aborto con medicamento.

3.3.4 Complicaciones

Esta sub categoría explora las respuestas de las parteras cuando sus intervenciones no resultan como lo esperado de acuerdo a lo que la OMS considera aborto seguro con medicamento; es decir, que exista una infección como resultado de haber quedado restos placentarios o el fallo del medicamento y la continuación del embarazo.

Las narrativas que a continuación se presentan son solamente extractos que se lograron resumir, con el fin de no exponer las estrategias que las parteras realizan en atención a casos de complicaciones. Es importante retomar lo que ya se dijo de que en este país, las parteras son ya estigmatizadas por el simple hecho de ejercer el oficio de la partería, por lo que al conjuntar su labor con las prácticas del aborto, resulta peligroso y las vulnera aún más. Por ello, este tema de las complicaciones se abordará a grandes rasgos, resumiendo que el mayor grado de complicación se presenta cuando el tiempo de gestación es mayor a las semanas que las parteras tienen como límite para ayudar a las mujeres, el cual oscila entre 5 a 10 semanas de gestación.

Cabe resaltar, que las complicaciones registradas son mínimas, y que éstas se dan, generalmente las veces en que las mismas mujeres, al sentirse con la necesidad de interrumpir su embarazo, mienten en las semanas de gestación. Sin embargo, estas parteras han desarrollado mecanismos más certeros para detectar la edad gestacional y así minimizar riesgos. Así mismo, como parte de su actuar responsable realizan la referencia a hospitales en los casos complicados que no pueden ser tratados por ellas mismas.

Hasta el momento, no se tiene registro por lo menos con las parteras aquí entrevistadas, de casos que resultaran en la muerte de alguna mujer por aborto, tampoco mujeres que hayan terminado con infecciones severas por restos derivados del procedimiento, o mujeres que hayan tenido problemas graves como hemorragias agudas; esto se sabe, porque son las mismas parteras quienes realizan el acompañamiento de las mujeres cuando hay complicaciones, a las estancias hospitalarias, y prosiguen la atención a sus pacientes hasta que están fuera de peligro.

Para la Región V, es evidente que hay pocas complicaciones y que saben bastante bien cómo manejarlas en contraposición con la estigmatización de la medicina hegemónica sobre que ninguna partera tiene la capacidad de atender emergencias obstétricas.

Isabel (Región V): Sólo he tenido un caso de complicación y lo que procedí a hacer fue atenderla como un parto normal, a darle sus tecitos y ahora sí que como vi que había mucho sangrado pues la trasladé [al hospital], esto fue un aborto espontáneo, me pidieron de favor que no dijera nada, y yo ya se lo estoy diciendo.

Se pueden destacar aquí tres elementos dentro de lo que ella identifica como complicaciones, lo primero es el tratamiento de medicina tradicional como método natural para reducir molestias, lo segundo es la valoración del sangrado para determinar una hemorragia, dando pie a la referencia al sistema hospitalario; como tercer elemento, destaca el hecho de darle a conocer a la mujer que su caso fue un aborto espontáneo, esto para no verse expuestas a sanciones jurídicas o señalamientos que afecten gravemente su salud emocional y física, y que implique legalmente a la partera que brinda el acompañamiento.

Doña Luz (Región V): Hasta ahorita en los seis años que llevo trabajando esto, nunca he tenido ninguna complicación de ningún tipo, bendito Dios. Yo les digo que tenemos que estar informadas porque al momento de cualquier cosa me pueden avisar y yo voy por ellas y les digo qué es lo que vamos hacer.

En la narrativa aunque no está descrito, la partera advierte que tiene todo un protocolo de atención en casos de complicación por si llegara a suscitarse un caso de esos; sin embargo, también refiere no haber tenido un caso grave en el tiempo que lleva trabajando la asistencia de abortos inducidos, y contrario a los discursos de personas creyentes respecto al aborto, esta partera agradece a Dios el hecho de que nunca ha tenido que enfrentar consecuencias de complicaciones.

Josefina (Región V): Sí me pasó un caso de complicación, pero fue por engaño de la mujer y yo la verdad no la revisé y aparte no dejó que la tocara, yo le dije que sólo podía ayudarla si tenía de ocho a nueve semanas pero más ya no, entonces ella me dijo que sí, que ella acababa de ajustar nueve y que iba a entrar a las diez y como era una señora mayor de 45 años, ya tenía nietos, pero ya no quería tener más hijos y me dijo cuántas semanas tenía y al final le di las pastillas y no funcionó, porque tenía más semanas de las que me había dicho (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

Este caso deja ver una de las situaciones que esta partera tuvo que enfrentar al dar un tratamiento para un embarazo con mayor tiempo de gestación a las semanas permitidas por ella misma; aunque la situación terminó sin mayor riesgo para la mujer, esta experiencia puso en alerta a la partera sobre la necesidad de la exploración física y la detección exacta del tiempo gestacional.

En el caso de las parteras de la Región XV, ya anteriormente se había hablado del uso de ultrasonidos, a diferencia de la Región V donde casi no se usa, y es precisamente este elemento lo que les permite en muchas ocasiones saber con más precisión el tiempo de gestación y determinar así qué hacer en caso de complicaciones.

Angelina (Región XV): Hay muchos riesgos pero yo digo que si uno hace algo bien no hay porque tener temor, en cambio si hago algo que no está bien, pues riesgos siempre van a haber. Empezado con la crítica de la gente, o con una demanda, hasta que te quieran linchar; pero gracias a Dios en el tiempo que llevo ayudando a las mujeres no he tenido problemas. Es importante saber que cada cuerpo es diferente y por eso hay que estarlas monitoreando, pasando el procedimiento, las checo y me fijo en todo, hasta en su boca, para ver si no hay alguna deshidratación. Después de que hay una interrupción siempre va suerito tomado.

Es necesario tomar en cuenta y en esta narrativa es muy claro, que las parteras entrevistadas tanto de la Región XV, como de la Región V, conocen y saben los riesgos que implica una complicación asociada a casos de abortos espontáneos o inducidos, por ello, son cuidadosas al evitar todo tipo de riesgos no sólo para no ser evidenciadas, sino también para procurar y salvaguardar la vida de las mujeres que llegan con ellas. Tienen claro, como en el caso de Angelina, la necesidad de monitorear el proceso, así como el de darles un seguimiento, hasta concluir haciendo una revisión final de su estado físico.

Hasta este momento no se ha encontrado en ningún protocolo médico que sea necesario el uso de sueros al término de un procedimiento médico. Sin embargo, es sabido que la toma de sueros es una buena forma de mantenerse hidratada y evita un desgaste físico provocado por la pérdida de líquidos sin causar ningún riesgo a la salud; por lo que es interesante que en el caso de Angelina, ella termine su narrativa subrayando la necesidad de la ingesta de sueros tomados para reanimar y fortalecer el cuerpo de las mujeres después de un aborto

inducido, este es un caso peculiar que advierte el conocimiento general sobre algunos aspectos que ella conoce en beneficio de la salud de las mujeres.

Lupita (Región XV): Es muy rara la vez que damos el tratamiento, solo casos muy necesarios, por eso debemos saber hasta cuándo se puede ayudar, yo sólo atiendo de las cinco a las nueve semanas; porque más grande es más riesgo, mas sangrado y me da más sentimiento. También hay que cuidarnos de las hemorragias, porque ahí sí hay que trasladar a un hospital porque si no tiene dinero cómo se va a meter en un particular, meterla en el hospital y llevar el acompañamiento hasta allá. Yo tengo muy grabadas las palabras de mi madre que me dijo: –Bueno hija te dejo tu herencia, no tengo dinero, te dejo trabajo, pero jamás hagas cosas indebidas porque tarde o temprano salen.

El caso de Lupita nos permite apreciar que los sentimientos que convergen entre atender este tema y la necesidad de hacerlos lo más temprano posible, permite no sólo la disminución de las complicaciones, sino además la tranquilidad emocional que le brinda la seguridad de que todo haya terminado sin riesgo alguno para ella ni para las mujeres que enfrentan embarazos no deseados. El miedo a lo indebido es un pensamiento constante que regula la asistencia precisa y segura para este tipo de contextos.

En ambas zonas, las complicaciones referidas por las parteras entrevistadas son mínimas, sin embargo, cuentan con medidas necesarias que ayudan a no dejar morir a una mujer que recurre a ellas con un embarazo no deseado; el uso del medicamento para estos casos es fundamental para evitar herramientas arcaicas que agudizan malestares y riesgos para las mujeres, por lo que, al usar un medicamento avalado por la OMS es hoy por hoy, un elemento primordial para las parteras que se arriesgan y se exponen a velar por las salud de las mujeres, evitando a toda costa complicaciones y defunciones por estas causas.

3.3.5 La ley ¿cómo enemiga?

Esta categoría representa uno de los puntos más álgidos en esta investigación, en un país en donde, a excepción de la ciudad de México, el aborto es punible por la mayoría de las causas, implicando tanto a la mujer que lo práctica como a quienes la apoyan en el proceso, tal como ya se mencionó en la primera parte de esta tesis.

En la Región V, la narrativa de Isabel nos habla de temores y miedos sobre las interrupciones que ellas hacen, sobre todo bajo la amenaza del discurso médico:

Isabel (Región V): Hay una prohibición para hablarlo, sí hay miedo porque los médicos nos dicen que no lo debemos hacer, rápido nos dicen: –Tú haces un aborto y se muere la mujer y te vas a la cárcel, te demandan. Entonces, entra el temor y uno no quiere pasar esa situación, ellos nos dicen: –Confórmense con que atiendan bien a su paciente, si se alivió y nació el bebé, pues tiene un costo y con eso, y ustedes como saben muchas cositas de curar, con eso es suficiente. Ellos dicen: –Curen bien, atiendan bien a su gente y recibirán más recursos económicos. Es lo que ellos nos explican.

Aquí volvemos a apreciar la mirada infantilizante sobre las parteras, en este caso desde la mirada de los representantes de la medicina hegemónica, donde es evidente la descalificación de las capacidades y conocimientos que puede desarrollar una partera. Continuando con la narrativa de Isabel, respecto a la diferencia entre ser atendida en un hospital por un aborto y ser atendida por una partera, destaca el elemento de la amenaza legal contra la mujer, la crueldad al hacerla esperar para ser atendida y la mirada compasiva de la partera ante esta situación en el hospital:

Yo vi un caso cuando llevé a mi nuera al hospital, de una muchacha que iba por aborto y porque era un aborto no la atendían, estaba en la camilla y la señora hable y hable por teléfono que quería auxilio, no sé a quién llamaba y no se me ocurrió preguntar, pero escuché que tenían que empezar a investigar y mientras no la atendían la muchacha se retorció del dolor y no es para más si ya venía en camino el producto. No la atendían hasta que ella empezó a gritar, sólo así llegó el doctor, pero imagínese y dígame si no quedan traumadas las pacientes, yo siento que si es una clínica su trabajo es atenderlas. Yo creo que las mujeres vienen con una partera por la confianza, porque no a todos le pueden decir su situación de vida y con un médico sienten que no pueden, porque el doctor le empieza a decir: –Pues para eso hay métodos y se deben de cuidar para no tener hijos no deseados. En vez de que reciban una información bonita, la hacen sentir mal a la persona.

No está demás decir que con esta actitud estigmatizante por parte de los representantes de la medicina hegemónica se están vulnerando los derechos humanos de las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones de aborto. Y que evidentemente el atenderse oportunamente con una partera marca una diferencia entre ser tratada como persona o ser maltratada como delincuente.

Socorro (Región XV): Lo que yo sé, es que ya está autorizado en la ciudad de México pero aquí no, y sí he leído mucho sobre ese punto pero la verdad, es que cada persona debe tener el derecho sobre su cuerpo, ellas van a decidir, sí deberían de aceptar la interrupción del embarazo, tienen que analizarlo porque las mujeres se sentirían mucho mejor, tendrían más confianza porque lo que más se prohíbe es que lo que más se hace, al estar legalizado y tener mayor información las personas no llegarían a eso y si pasa yo trabajaría con más confianza.

Angelina (Región XV): – ¿Usted sabe si la ley apoya a las mujeres que quieren interrumpir un embarazo y qué piensa de que esta opción esté penada? Por una parte sí y por otra parte no, sí me gustaría porque así no tendríamos tanto riesgo como lo tenemos ahora nosotros de parteras y también las mujeres, y en parte no, porque aun sabiendo que hay tipos de planificación y todo, sucede, entonces sí se hace legal yo pienso que incrementarían los casos y no se preocuparían por cuidarse y podrían incrementarse los casos de complicaciones y muerte materna.

Esta narrativa, advierte sobre una necesidad de despenalizar el aborto con una gran responsabilidad social, en cuanto a que, se debe de acompañar con campañas educativas en donde se muestre que en los países donde el aborto voluntario es legal, no se incrementa su práctica como método anticonceptivo (Rodríguez-Aguilar, 2018); y que a la vez se deben de enfatizar las políticas en pro de una educación sexual y afectiva más responsable con uso adecuado de métodos anticonceptivos para varones y mujeres.

Lupita (Región XV): La cuestión legal nos afecta porque jurisdicción [sanitaria], siempre, siempre nos amenaza con eso. Sí se debería de legalizar, porque las muchachas ya vendrían sin temor, ya no estarían escondiendo, ni estarían arriesgando su vida.

Es interesante también que las parteras no ven en la clandestinidad una oportunidad; es decir, no piensan que si se legalizara las mujeres se irían al hospital y ya no con ellas, lo cual confirma la confianza de apoyarse entre mujeres de las que las parteras son muy conscientes de la sororidad..

3.3.6 Secretaría de Salud versus parteras que ayudan

Esta categoría se refiere a la opinión que tienen las parteras entrevistadas acerca del personal de la Secretaría de Salud con el que interactúan, en el contexto actual de la punibilidad del aborto en Chiapas y la atención de las parteras a las mujeres, la cual siempre puede ser vista con desconfianza desde el sector salud.

En la Región V, las parteras entrevistadas mencionaron cómo su relación no es armónica y se da más bien entorno a la capacitación para atención al parto.

Josefina (Región V): Yo voy a las juntas, tiene como seis años que voy a al centro de salud aunque sólo a juntas, para las capacitación yo les hablé bien clarito a la trabajadora social y le dije que la verdad, yo no quería capacitación porque bastaba con lo que Dios me había dado. He atendido partos difíciles que de verdad me han tocado, incluso de manos de otras parteras que me dicen que el bebé viene parado, sentado, que está acostado y el dolor de la pobre mujer y como no lo pueden solucionar, ya me vienen a traer a mí (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

En esta narrativa la partera expresa que ella se ha formado a sí misma y que aunque acude esporádicamente al centro de salud más cercano a su comunidad para juntas o reuniones, la relación se torna de forma presencial pero sin diálogos que contribuyan o interfieran con sus prácticas y habilidades.

Doña Antonia (Región V): Yo soy una partera que está registrada y voy a las capacitaciones del IMSS pero ahí no se habla para nada de aborto, sólo nos dicen cómo lo vamos a atender al bebé.

Esta partera refiere que las capacitaciones se centran de forma puntual a cosas que tiene que ver con la atención del parto y del bebé, sin abundar en otros temas que también pudieran suscitarse en toda la vida reproductiva de las mujeres.

Rosario (Región V): Yo casi no tengo relación con el centro de Salud, sólo voy a reportar cuando atiendo un parto y ya sólo eso.

Para el caso de Rosario, quien es partera de una comunidad autónoma, la relación con la Secretaría de Salud es únicamente para reportar la atención de los partos, reiterando su absoluta autonomía para ejercer su profesión.

En la Región XV ellas sí tienen un claro posicionamiento sobre la responsabilidad que debería de tener la Secretaría de Salud en cuanto a capacitaciones amplias, modernas y respetuosas para el ejercicio de su trabajo.

Socorro (Región XV): Hace un año moví para que se hiciera un programa sobre AMEU pero lo satanizaron en jurisdicción y me señalaron, pero mi intención era que nos capacitaran. Yo ahorita pertenezco a un grupo de parteras y me gustaría que las compañeras se prepararan, se capacitaran sin afán de dañar a las mujeres. Una vez me llamaron la atención por usar paracetamol o naproxeno o desparasitante y me preguntaron que con qué derecho utilizaba medicamentos y yo les respondí que con el derecho de que los mismos laboratorios me han capacitado y tengo un papel que consta que yo estoy capacitada y no voy a recetar algo que no sé, entonces yo creo que saben bien que lo que yo hago es para ayudar. Ellos no

saben que hago abortos, eso es muy secreto y si el sector salud me llegara a preguntar, yo lo niego todo.

En esta narrativa se puede ver la ruptura que existe entre ambos actores, una relación en donde la confianza y la comunicación son muy frágiles, al grado de que la partera negaría ante la instancia de la Secretaría de Salud la práctica del aborto.

Gertrudis (Región XV): Lo único que nos comentan es sobre los partos, cómo se va a atender al bebé cuando nace, te explican qué hay que darles a las mujeres los primeros meses, qué les va usted a decir o si vienen sangrando se mandan al hospital o si viene con fiebre o embarazos en donde el bebé viene sentado o atravesado y si no podemos darles vuelta nosotras, las mandamos al hospital, yo les doy vuelta a los bebés pero antes mando a pedir ultrasonido y ver si no está enredado el cordón.

Este caso expresa los contenidos básicos que ofrecen en las capacitaciones por parte de las instancias públicas de salud hacia las parteras.

Angelina (Región XV): Ellos no tocan el tema y por parte de nosotras tampoco ha salido nada por el temor y el miedo al qué dirán y que vayan a pensar que yo lo hago. La verdad es que nos hacemos tontas nosotras mismas porque sabemos que sí lo hacemos y ellos también lo saben, hay muchas que dicen que no lo hacen y lo hacen y si no, la gente no te buscaría. De hecho por ahora no me dejan entrar al hospital como partera, como ciudadana no he necesitado ir pero como partera no me dejan pasar al hospital por ese antecedente y no sólo es mi caso, ha pasado con otras parteras, de hecho todas las parteras tenemos un mal aspecto para el Instituto de Salud y no necesariamente tiene que ver con la interrupción del embarazo sino hasta por cuestiones del parto. Ellos nos dicen de cosas pero cuando una mujer llega con dilatación de 4 o 5 le ponen butiliosina cuando saben que es contradictorio y lo han hecho, ah pero si lo hacemos nosotras y está mal visto, porque no tenemos un título y no traemos puesta la ropa blanca.

En esta narrativa queda de manifiesto la capacidad analítica de esta partera frente al sistema, al detectar que la medicina hegemónica desde su discurso y hasta en simbolismos como la bata o el título en cartón, se impone ante los saberes y capacidades de la partería tradicional, con lo que se fragiliza más la relación que existe entre ellas y la Secretaría de Salud, al grado de haber totales rupturas: *por ahora no me dejan entrar al hospital como partera*; con lo que la viabilidad de establecer puentes de colaboración entre ambas esferas se torna de difícil concreción, perdiéndose la posibilidad de crear una mejor atención a la salud integral para las mujeres de las regiones donde se sitúan, esto se puede apreciar de manera aún más álgida en la siguiente narrativa:

Lupita (Región XV): En una ocasión mencioné el misoprostol porque estábamos haciendo técnicas para evitar que haya mucho sangrado en un parto y exista una hemorragia, entonces yo le dije porque se me salió, que por qué no mejor le pongo misoprostol y la traslado [a la paciente,] y me empezaron a llamar la atención y no crea desde esa vez, me han venido a visitar mucho, ven qué hago, qué medicamentos tengo, a nosotras jurisdicción nos quita mucho porque no quieren que hagamos nada, ni demos pastillas ni nada. Ellos no quieren que nosotras usemos nada de medicamento ni en el parto, nosotros nada más té, todo tradicional como su nombre lo dice: partera tradicional y sí, he tenido roces con ellos pero porque no quieren a las parteras, no por problemas, sabemos que como parteras podemos ir a la cárcel pero tenemos un corazón muy noble.

Este caso nos muestra una clara relación de poder asimétrico en dónde incluso sus propuestas resultan fuera de lugar siendo condenadas a ser vistas a través de ojos vigilantes que se mantendrán pendientes de su quehacer como partera, tratando de culpabilizarlas anticipadamente por sus acciones. La partera, en este caso, es clara y consciente al reconocer la posición en la que se encuentra y que ese lugar la coloca en una fuerte vulnerabilidad ante las instancias públicas de salud.

Es importante evidenciar que aunque estas parteras han conocido o escuchado sobre el tema del aborto, ya sea por haber estado relacionadas con un familiar que ha ejercido la partería y atendía ese tipo de casos o por que se escuchaba en la comunidad, las parteras han logrado apropiarse de varios de los conocimientos del aborto con medicamento a través de otras instancias diferentes al sector salud.

3.3.7 Las tragedias (los casos oscuros)

En esta categoría se pretendía conocer las situaciones extremas, en dónde la mujer está en riesgo de perder la vida, no por complicaciones que las parteras entrevistadas no hayan sabido enfrentar, sino por condiciones que son ajenas a ellas, ya sea porque las propias mujeres se autoinfringieron algún daño y las buscan tardíamente o porque fueron mujeres que no tuvieron la posibilidad de contar con el apoyo de una partera.

Doña Luz (Región V): Había una chamaca que se suicidó, ella vino conmigo y me dijo: – ¿Qué puedo hacer, doña Luz?, mire usted que estoy embarazada y mi marido me va a matar si sabe que estoy embarazada. – ¿Qué quieres hacer pues?, le dije. –Es que quisiera yo pasarlo. – ¡Ay mamita! –, le dije, – ¿y por qué no te diste cuenta antes? –Es que con tanto quehacer en la casa se me olvidó hasta mi período, mire usted. Y yo siempre los palpo y al palpar se da una cuenta como está y cuánto tiempo tienen, ella ya tenía más de tres meses y entonces le tuve que

decir que ya no la podía apoyar por el tiempo, me dio pena, me dio miedo de darle el medicamento y que tal que no le funcionaba ya de 17 o 16 semanas, ya estaba entrando a los 4 meses y me dice: – ¿Y no puede hacer usted nada? Y le digo: – Conmigo, mamita, no. Ella ya tenía tres hijitos y el más chiquito tenía un año y dos meses y la muchacha tenía 23 años, entonces no le pude dar el medicamento, no le pude ayudar ni le pude servir, entonces se suicidó la muchacha, tomó pastilla de frijol (es un insecticida), a ella no se le pudo ayudar por lo mismo que ya estaba pasado de tiempo, ella lo tomó con la intención de matarse de una vez, ella no sabía qué hacer con el embarazo y el marido no lo quería y se quedaron solos los otros niños.

Este caso de la Región V muestra un panorama del que poco se habla con respecto al suicidio y la situación de algunas mujeres que enfrentan el proceso de un embarazo no deseado, si bien, los casos de suicidio vienen acompañados usualmente por una carga fuerte de depresión previa, al reforzar este proceso sin solución aparente ante un embarazo no deseado, puede culminar en una tragedia que en muchos de los casos, podría ser prevenible. Es importante hacer visibles situaciones como éstas que se encuentran fuera de los alcances de la atención de las parteras, y a la vez es importante que éstas sean tratadas como una responsabilidad seria en materia de salud por parte de las instancias correspondientes.

Socorro (Región XV): Cuando yo era chamaca yo vi a una señora que tomó de todo, pero me di cuenta que al final no le funcionaba nada y terminaba con más hijitos y sola, entonces son cosas que resultan tristes porque no hay quién apoye a una mujer. A veces me siento mal por mi religión pero si estoy ayudando a que las mujeres no hagan una barbaridad, está bien, porque hay mujeres que hasta se han ahorcado por la desesperación.

Uno de los datos destacables que se puede observar en esta narrativa es el hecho de que para esta partera el que no existan redes de apoyo que puedan facilitar a las mujeres acompañamiento en casos de planificación familiar o de abortos voluntarios, representa una verdadera tragedia de la cual ella, a pesar de su religión, se encuentra consciente y tiene muy claro que lo peor que puede pasar es que una mujer pierda la vida por una causa evitable.

Angelina (Región XV): Mi ex pareja está relacionado actualmente con una señora que es dueña de bares [sexo comercial], ellos me mandan o me traen a chicas que trabajan ahí, estas chicas no pueden estar embarazadas por el lugar en donde trabajan. Esos casos son muy tristes porque muchas de ellas son de Guatemala o el Salvador. También puedo compartirle el caso de unos jovencitos del barrio, nos llegó la noticia de que la chica se había ahorcado y el muchacho había tomado gramoxone, como fue un caso que se dio aquí en el barrio, pues pidieron apoyo y

cuando llegamos a la casa fue cuando la señora nos contó lo que había pasado y porqué fue que se había matado la niña; tenía 15 años y se mató porque estaba embarazada y tenía 5 meses de embarazo, y es que hay mujeres que se encierran y tienen tanto temor que a veces lo ven como un gran problema y para ellas es fatal y yo me imagino que estos chicos por ahí se han de haber encerrado. Otro caso fue cuando atendí a una niña de 12 años que tenía 6 semanas de embarazo, ella fue violada por su propio hermanito de 11 años.

En esta narrativa se pueden destacar tres situaciones muy lamentables para las mujeres que enfrentan embarazos no deseados, primero la situación de ser inmigrante, trabajadora de un bar en donde además se vulnera la libertad de decisión frente a un embarazo, segundo la desesperación enfrentada por dos menores de edad, quienes asumieron que nadie podía ayudarles en su situación, y tercero, los tristes casos de violación de niñas que terminan en embarazos, más grave aún, en este caso embarazada por otro menor que era su familiar. Estos casos que muchas veces son invisibilizados dentro de los debates en torno a la libertad de decisión pueden no ser tan aislados en las realidades que enfrentan muchas mujeres dentro de este país.

Lupita (Región XV): Fíjese que fue un caso que vi de casualidad, yo estaba en el hospital y llegó una muchacha que tenía sangrado desde las ocho de la mañana, le dieron las cinco de la tarde y no la habían atendido, se salió llorando porque le dijeron que primero se atendían los casos de urgencias y que esperara, entonces la alcancé y le pregunté que qué tenía y me dijo que le dijeron que tenía un huevo muerto retenido y que por eso había venido al hospital para que le hicieran un legrado pero “aquí me tienen esperando”, –Mira–, le digo, –aguanta, a lo mejor los ginecos están muy ocupados pero espera, si ves que no te atiende y quieres acudir conmigo, ten mi dirección y llega. Pasaron tres días, cuando llegó la muchacha, dentro de mí dije en el nombre sea de Dios y le di el tratamiento. Pero sí me dio tristeza ver como los médicos no la atendieron, eso fue lo que quedó aquí en mi corazón, que la muchacha lloraba y decía: –No quiero tener esto y no me reciben en el hospital.

La partera toca uno de los temas más controversiales en cuanto a calidad y capacidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en este país, refiere la indolencia ante una mujer que tiene un aborto incompleto y cómo gracias a la empatía y sororidad de la partera, esta mujer al final acude a ser atendida de manera exitosa por ella.

3.3.8 Sin parteras ¿Quién ayuda?

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015), en su informe sobre el estado mundial de la partería, menciona que hay un gran déficit de parteras particularmente en los

países en vías de desarrollo (como México) lo cual implicaría que debería de estarse promoviendo la proliferación de parteras porque está demostrado que si están debidamente capacitadas, impactan positivamente en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la realización de abortos seguros.

Aquí se expone lo que piensan las parteras que participaron en esta investigación respecto a qué sucedería si en un momento dado, ellas no ofrecieran la asistencia y el acompañamiento a casos de mujeres que deciden realizarse un aborto inducido.

Isabel (Región V): El centro de salud nos dicen que nosotras no debemos hacer cosas que nos afecten, pero yo creo que a ellos no les toca escuchar y ver a las mujeres que vienen a vernos. Yo recibo capacitación en el centro de salud y con una doctora que es muy buena gente, ella siempre nos recomienda: –Ustedes no hagan eso (interrupciones de embarazo), ustedes sólo su trabajo, que su sobadita, sus aceititos y les va bien, cobren por su trabajo porque ahorita la vida viene dura y ustedes se están acabando y nunca sacan nada. Yo entiendo lo que dice la doctora porque nos puso su vida como ejemplo, ella es médica y sigue todavía preparándose. Pero la cosa es que hay mucha diferencia entre un médico y una partera, eso yo lo pienso pero nunca le he dicho. Nunca va a ser lo mismo, el médico tiene dinero y se prepara y aprende lo que sabe así como la doctora que nos capacita, gracias a ella pues yo también he aprendido mucho, incluso más que con el centro de salud. Ella nos presta dos horas de su día por mes y yo siento que es un sacrificio porque no nos cobra nada ni siquiera por el espacio. Ya va para 16 años que estamos trabajando con ella y aunque nos apoya mucho siempre habrá una diferencia, nosotras no cobramos dinero pero cuando uno atiende, esa persona... ellas quedan agradecidas porque a veces no tienen dinero, yo no cobro mucho ni poco, moderado, pero cuando me toca atender a gente que no tiene la atiendo de todos modos, ya después esa persona se siente tan agradecida que luego me trae un poco de pan o café y eso es mi pago.

Esta narrativa nos muestra un contexto que no sólo Isabel comparte, las diferencias entre el personal médico y las parteras dentro del campo de la salud se ven permeadas por varios elementos que determinan su posicionamiento asimétrico, de entre ellos, uno que plantea la legitimación del conocimiento y otro que se establece a partir del estrato social al que pertenecen ambas actrices, estos aspectos determinan los lugares en donde se prestan también estos servicios y en consecuencia, a las personas que acuden con cada una de ellas.

Doña Luz (Región V): Lo que sí he visto aquí mismo en mi comunidad fue que un doctor del centro de salud dijo en una de las capacitaciones: –Todas las parteras cuando les llegue una mujer que quiera interrumpir su embarazo, ahí me lo mandan a mí, me las mandan aquí al centro de salud. Y me empecé a preguntar para qué y le dije yo a la trabajadora social: – ¿Qué pasó Lupita, por qué dice eso el doctor que hay que referir a las mujeres que no quieren tener a sus bebés?, ¿a

poco están investigando y por eso dice que se les manden a las mujeres? –Ah, porque va a ver doña Luz, aquí ya se está manejando la interrupción. Y le pregunto: – ¿Gratis? – ¡Ah no! tiene un su costo. – ¿Ah sí?, le respondí, entonces yo pienso que nos piden mandar a la gente para hacer atendidas por médicos particulares.

Esta narrativa pone también de manifiesto cómo la penalización del aborto y el ambiente de clandestinidad pueden generar que la interrupción del embarazo represente ganancias lucrativas para quienes asumen la responsabilidad de realizarla desde la medicina hegemónica y, aunque las sanciones penales son las mismas para las parteras que para los médicos, la posición desigual por lo menos de esta partera ante la medicina hegemónica, provocará que ellas eviten en todo momento exponer abiertamente que también pueden y atienden casos de embarazos no deseados.

Josefina (Región V): Pues yo pienso que si otras parteras no dan esa clase de ayuda, puede ser entonces que les da igual la pobreza y la necesidad de la gente o porque tal vez, no les da lástima la vida de las otras personas, aunque sabemos muchas veces lo que ellas están sufriendo (Fragmento de la entrevista realizada el 26 de marzo, 2018).

En este caso lo que la partera señala hace alusión a los términos que si bien no son conceptualizados como tal, la empatía (ponerse en el lugar de la otra persona) y la ética (como un valor para disminuir el sufrimiento de las otras) forman parte fundamental para el trabajo que están realizando.

Socorro (Región XV): De hecho sí hay otra persona que es de una comunidad y no es partera, él es promotor de salud comunitario. A él le han llegado casos y entonces yo lo he apoyado a capacitarlo y a darle el medicamento porque es de una comunidad bastante retirada; él me conoció desde hace 6 años y su comunidad está como a 7 horas de aquí, me vino a buscar como unos 3 o 4 veces y me ha platicado todo el problema que viven las mujeres de su comunidad y como está muy retirado, ellas no pueden venir conmigo y él como promotor se siente preocupado, por eso decidí apoyarlo y brindarle todo lo que necesitaba.

Es evidente que cuando no hay parteras nadie ayuda y puede ser un factor primordial para que esta profesión no haya desaparecido en su totalidad, si bien, existen otros actores de la salud (promotores) que aparecen dentro de este campo, y que se puede considerar parte de la sororidad con las mujeres que necesitan las interrupciones al grado de que no se considera competencia o una pérdida el entrenar incluso a un varón para usar también los medicamentos

Lupita (Región XV): Muchas cosas les pueden pasar a las mujeres sin la ayuda de las parteras, por ejemplo, si son estudiantes tienen que interrumpir sus estudios, si toman medicamentos que no estén indicados por alguien pueden morir, se evitaría mucha muerte, muchas cosas, dinero principalmente porque la gente se aprovecha mucho de eso y les cobra, hasta quedan endeudados las pobres muchachas.

Ante esta narrativa poco queda por decir. Sólo apuntalar que la falta de regulación tanto de la partería como de la interrupción legal del embarazo, coloca al país en condiciones medievales en cuanto al ejercicio de los derechos humanos.

Rosario (Región V): Yo creo que nosotras tenemos la responsabilidad de ayudar porque es un don que al final te lo están dando.

Sin embargo, esta frase final pone de manifiesto que hay sectores de parteras capacitadas y dispuestas a realizar abortos seguros con medicamento que a la larga pueden impactar positivamente en la morbilidad en mujeres en edad fértil, en contextos de alta vulnerabilidad como lo son las dos regiones estudiadas en Chiapas.

Discusión

Se puede observar, comparando a las parteras de ambas regiones, que coinciden en cuanto a que el ser partera se aprende desde edades muy tempranas, por genealogía femenina, como se ha mostrado en diversos trabajos de parteras en Chiapas. En lo que es diferente entre regiones, es que en la Región V refieren el haberse convertido en parteras a partir de la inspiración divina, lo cual ya se ha mencionado en otros trabajos (véase Sánchez et al, 2015) pero a su vez complejizan el entendimiento del ser partera, dentro de una profesión con serios problemas de reconocimiento, ya que en palabras de Jordan (1993), son saberes no autorizados y por tanto no reconocidos dentro de la medicina hegemónica.

Sobre el gusto por ser partera, en las narrativas de la Región V se pudo ver que hay tres elementos sobre su arte de parrear y que les da satisfacción; que son: reconocimiento al recibir algo a cambio de su trabajo, confianza de las mujeres hacia ellas y habilidad al no fallar en la atención. Respecto a la Región XV es más claro el gusto por ejercer la partería, ya que reconocen el papel de otras mujeres en su vida para la transmisión de saberes y prácticas y cuentan además con un profundo conocimiento del malestar de las mujeres, ya que muestran una gran empatía hacia ellas. Esto está en consonancia con lo que desde “El estado de las parteras en el mundo” de FNUAP (2015) se menciona sobre que las naciones requieren de más parteras y a su vez, las parteras refirieron en el informe, que desean hacer su trabajo.

Dejar pasar, interrupción o aborto (el antes y el ahora) permitió conocer cómo las parteras situaban no sólo el término de la palabra aborto, sino también del contexto en el que se aplicaba dicha palabra. *Tax yal yolik* como se dice en tsotsil, dejar pasar y aborto son de los términos que las parteras refirieron al preguntarles cómo ubicaban ellas a la interrupción de embarazos, encontrando además, que en la Región V no hay palabras ocultas para mencionar el aborto. Con esto se puede develar el tabú construido a veces respecto a que en comunidades indígenas estas prácticas no se dicen por su nombre o que estas formas de enunciarlo puede obedecer también a los cambios generacionales derivado del incremento de la información sobre el aborto o interrupción del embarazo.

En cuanto a la sororidad, las parteras entrevistadas de la Región V mostraron una gran comprensión hacia las mujeres al respetar sus decisiones sin cuestionarlas, además de una gran sororidad en los casos en los que evidentemente la pobreza es un obstáculo para ser madre o bien el rechazo familiar o social por tener un embarazo en solitario. En la Región XV las parteras entrevistadas manifestaron más su postura de sororidad desde la capacidad de agencia de las mujeres; reconociendo que pueden reflexionar y asumir su responsabilidad de interrumpir un embarazo. A su vez, todas las parteras entrevistadas comprenden que para las mujeres, las emociones determinan las condiciones de su salud, por lo que escuchan mucho a quienes acuden a ellas, porque saben que es fundamental en los procesos para sanar, a la vez que las parteras se comprometen a hacer los procedimientos de manera honesta y segura.

Acerca de cómo es la ayuda o el procedimiento, las parteras de ambas regiones mostraron estar capacitadas para usar los medicamentos de Misoprostol y Mifepristona de forma adecuada y posterior a la prueba de embarazo incluida en el kit, además del mezclar prácticas ancestrales durante el procedimiento (tés y sobadas) y la vigilancia post evento para garantizar que todo culmine bien.

En todos los casos sugieren que la mujer venga acompañada de algún familiar o de la pareja, a excepción de cuando se trata de víctimas de violencia de género. Algunas parteras en ambas regiones mencionaron la consejería en cuanto al uso de métodos anticonceptivos para evitar posteriores embarazos no deseados.

Un elemento que diferencia el procedimiento entre ambas regiones es que en la Región V no piden que las pacientes lleven ultrasonido, a diferencia de la Región XV. Esto puede ser el resultado del acceso diferencial a servicios de salud privados, la Región V es más pobre, pero si bien, el ultrasonido se puede considerar una herramienta de certeza sobre el tiempo y las condiciones de la gestación; el uso del ultrasonido en mujeres que enfrentan un embarazo no deseado puede ser contraproducente si el proveedor de ese servicios desconoce si la mujer pretende interrumpir el embarazo. Además, hay evidencias empíricas en otras regiones del mundo, en donde se ha demostrado que las mujeres que solicitan interrupciones con medicamento, saben bastante bien su tiempo de gestación (Schonberg, Wang, Bennett, Gold, & Jackson, 2014), inclusive en estudios en donde han cruzado la

información reportada por las mujeres gestantes y un ultrasonido, avalan científicamente el tomar como referencia la fecha de última regla reportada por las mujeres para determinar las semanas de gestación y así proceder a dar el medicamento para la interrupción (Raymond & Bracken, 2015), sin que ello interfiera en la efectividad del procedimiento, y esto refuerza además, la mirada no infantilizante hacia las mujeres en edad reproductiva.

Ahora bien, en el cómo aprendieron a brindar este tipo de ayuda, algunas de las parteras mencionaron que ellas practicaban abortos por medio de las hierbas, pero que han identificado mayor efectividad en el uso de los medicamentos, por lo que han podido transitar sin problemas a esta práctica. Es evidente que en ambas regiones para ser capacitadas fueron localizadas por la organización civil que les dio la información y les vendió y vende los insumos en cada uno de sus hogares; además de que todas refieren haber comprendido muy bien las instrucciones de cómo realizar las interrupciones con medicamentos apeándose al protocolo, independientemente de si manejan la lectoescritura o no.

Un elemento a destacar es que en la Región XV ya empieza a darse la capacitación entre parteras sin necesidad de que sea por intermediación de la organización civil, mientras que esto aún no sucede en la Región V, pero las recientes investigaciones en México sobre aborto a distancia por mujeres que acompañan a mujeres (no parteras, no médicas ni enfermeras) en la interrupción de embarazos con el uso de medicamento, está dejando en claro que puede ser una práctica masiva de este nuevo milenio independientemente de si está penalizado o no (véase Reyes, Keelfe-Oates, Garnsey, Wolloum y Baum, 2019).

Sobre el conocer las realidades en las que las parteras asisten a mujeres que solicitan la interrupción de un embarazo, se pudo constatar que las mujeres que llegan a solicitarles ayuda tanto en la Región V, como en la Meseta Comiteca son de diversos estratos sociales, de diferentes edades y condiciones de vida (solteras, casadas, adolescentes, jóvenes o maduras, con hijos y nulíparas, mexicanas o migrantes) acompañadas o solas, seguras de la confianza y discreción con las que serán apoyadas por las parteras. No obstante, llama la atención dos elementos en las narrativas de las parteras de la Región XV: 1) los varones que llegan a solicitar el medicamento para interrumpir el embarazo de sus compañeras, lo cual nos hace cuestionarnos si eso es una actuación responsable por parte de los varones o

bien si no es más que otra vez decidir ellos sin tomar en cuenta a la mujer; y 2) los casos de interrupciones de embarazo infantil, los cuales si bien son apoyados para su interrupción por las parteras entrevistadas, ¿no con esto se seguirá encubriendo un grave delito, pero que dado la punibilidad del aborto en México, es una gran opción para la niña aunque no se castigue el delito?

Dado que se pretendía conocer de dónde procedían las mujeres que acuden a las parteras entrevistadas para la interrupción del embarazo de manera voluntaria, se encontró que para ambas zonas las mujeres acuden desde diferentes latitudes, llamando particularmente la atención de mujeres migrantes indocumentadas en la Región XV que cuentan desde la sororidad con el apoyo responsable de estas parteras. A la Región V, generalmente, no acuden mujeres cercanas al lugar en donde viven las parteras por temor a ser estigmatizadas, a diferencia de la Región XV en donde las parteras mencionaron que atienden a mujeres de sus mismos barrios y comunidades aunque a veces les genere conflicto.

El encuentro, o el momento de estar frente a frente partera y mujer dio más pistas sobre la sororidad, conciencia y compromiso de las parteras frente a las mujeres que les piden ayuda y para el caso de esta investigación no se destacan diferencias entre parteras de ambas regiones de estudio, ya que comparten el principio fundamental de confidencialidad, generando un ambiente de seguridad tanto para las mujeres que llegan con ellas, como para las mismas parteras, quienes saben las problemáticas que existen en torno a la estigmatización y la penalización del aborto, por lo que son conscientes y saben con quiénes hablar y no hablar sobre este tipo de apoyo que brindan a las mujeres, mostrando además que se enfrentan a sí mismas con dilemas sobre el aborto.

Tal como se mencionó en el estado del arte sobre parteras empíricas y aborto con medicamentos en diversas partes del mundo, el tema del estigma es una barrera para realizar abortos seguros en zonas en vías de desarrollo como Chiapas, para el caso de esta tesis este tema se abordó preguntando sobre cómo percibían las entrevistadas el qué dirán respecto a la ayuda que brindan a las mujeres, y se pudo observar que hay elementos que identifican en la Región V para hacer frente al estigma de las prácticas del aborto como es el de apoyarse como grupo ya sea para guardar la secrecía entre quienes practican abortos y

quienes no, o bien para referir estos casos. En ambas zonas mencionaron que otro elemento que las protege del estigma es el apoyo de su familia y todas las prácticas que desde su quehacer como parteras las validan en su comunidad (guardianas de la salud). Así mismo, las entrevistadas mencionaron que la confidencialidad es fundamental para proteger la identidad y la integridad tanto de ellas, como de las mujeres que acuden para su atención.

En la Región XV como un resultado contradictorio de mayor cercanía entre parteras de la zona, está el hecho de señalarse entre sí (quiénes hacen abortos y quiénes no), lo cual las vulnera a diferencia de cuando hay mayor sororidad entre ellas. Mención aparte merece el caso de la partera de comunidad autónoma, quién argumenta que la libertad para actuar y para realizar sus prácticas no está sujeta a ningún tipo de crítica, por respeto a su figura como partera en su comunidad.

Por último, evidenciar las ventajas y desventajas de que las parteras tradicionales realicen abortos con medicamentos, está relacionado con la poca credibilidad que hay sobre la capacidad que tienen las parteras tradicionales de incorporar conocimientos derivados de la medicina moderna para mejorar las prácticas que realizan y en este sentido conocer acerca de los casos que no pudieron atender (cuando no es posible ayudar) muestra cómo ellas enfrentan situaciones que no provocaron y que están más relacionadas con las propias decisiones de las mujeres gestantes, pero que al complicarse sus decisiones, acuden con las parteras.

Los costos representan una ventaja en cuanto a la asistencia que brindan estas parteras, en la Región V, ellas gestionan con los proveedores del medicamento el precio del mismo para que sean subsidiados en su totalidad, cuando la mujer no tiene recursos. También refieren los casos en los que únicamente cobran los costos del medicamento, haciendo de esto un apoyo humanitario, lo cual no es debidamente reconocido como muchas de las acciones que las parteras tradicionales realizan en pro de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de regiones de alta marginación. Caso diferente se encuentra en la Región XV, en donde las parteras entrevistadas refieren mayores precios por el servicio, y criterios muy personales para decidir la manera en la que cobran el procedimiento, determinados por los elementos que ellas establecen a partir de la apariencia física de las mujeres que acuden a solicitar

ayuda, compensando así el valor del servicio, cobrando más a las que ven en mejores condiciones y exceptuando del pago a quienes perciben como más vulnerables.

Continuando con lo explorado en esta tesis, está el que uno de los elementos centrales en cuanto al aborto seguro, se relaciona con los posibles inconvenientes que se puedan suscitar al momento del procedimiento, por ello, se indagó sobre las complicaciones que estas parteras han enfrentado al trabajar la práctica del aborto inducido, sobre todo porque como ya se dijo, en este país, las parteras son ya estigmatizadas por el simple hecho de ejercer el oficio de la partería, por lo que al conjuntar su labor con las prácticas del aborto, resulta peligroso y las vulnera aún más. Por ello, esto de las complicaciones, se abordó a grandes rasgos, resumiendo que el mayor grado de complicación se presenta cuando el tiempo de gestación es mayor a las semanas que las parteras tienen como límite para ayudar a las mujeres, el cual oscila entre las 5 y 10 semanas de gestación.

En algunas narrativas se destacó el hecho de referir al centro de salud casos de mujeres que llegaban con sangrado, evitando una mayor complicación que expusieran a las parteras y a las mujeres. Las parteras demostraron también una amplia responsabilidad para orientar en casos de embarazos mayores a las semanas recomendadas para realizar un aborto con medicamento, y ofrecen su acompañamiento para llevar a cabo un embarazo y un parto a término proponiéndoles a las mujeres o las familias acudir a instancias en donde poder dar a los bebés en adopción.

No se reportaron en esta investigación, por lo menos con las parteras aquí entrevistadas, casos que resultaran en la muerte de alguna mujer por realizarse el aborto, tampoco mujeres que hubieran terminado con infecciones severas por restos derivados del procedimiento, o que hayan tenido problemas graves como hemorragias agudas. En los casos en que por circunstancias propias de la mujer (automedicación u otro) algo se complica, son las mismas parteras quienes realizan el acompañamiento a las instancias hospitalarias, y prosiguen la atención a sus pacientes hasta que están fuera de peligro, aun a costa de ser señaladas como culpables por las instancias de salud.

Dado que en Chiapas es punible el aborto, y hay un gran subregistro de interrupciones voluntarias dentro de las cifras oficiales, se pretendía saber de manera directa cuántos casos

aproximados atienden las parteras entrevistadas, desafortunadamente no fue posible saberlo con exactitud ya que generalmente ellas borran toda evidencia de esta práctica.

Dada la situación legal en Chiapas en torno al aborto, era un interés fuerte en esta tesis conocer cómo estas parteras empíricas se posicionan ante la ley, esto no es ignorado por las parteras que participaron en esta investigación, al intentar profundizar más en el tema sobre el aborto y la ley, sus respuestas se centraban en resaltar que tanto ellas como yo, sabíamos perfectamente que el aborto inducido está penalizado, algunas temen que las mujeres lo utilicen como un método anticonceptivos pero a la vez, otras consideran que las mujeres seguirían acudiendo a ellas pero ya sin el temor de ser acusadas.

Se han documentado ampliamente en la época contemporánea las tensiones y difíciles colaboraciones entre los saberes reconocidos de la medicina hegemónica sobre otro tipo de conocimientos en salud, en este caso el de la partería (Jordan, 1993), y de manera puntual, en mi tesis se ha mostrado cómo las parteras tradicionales han incorporado bastante bien fármacos surgidos de la biomedicina para realizar de manera segura interrupciones; no obstante no manifestaron una buena relación con la Secretaría de Salud, incluso, la capacitación sobre aborto con medicamento fue a través de organizaciones civiles. ¿es posible que en la SSA tampoco les brinden esta calidad de capacitación; y no conozcan este tipo de procedimientos?, ¿es posible que la mayor barrera sea que la ley sanciona el aborto en Chiapas o sólo es parte de la falta de reconocimiento entre medicina hegemónica y nuevas prácticas de la partería? Estos cuestionamientos darían origen a otras investigaciones a futuro.

Para el caso de la Región XV, las parteras hacen alusión a la necesidad de ser tomadas en cuenta y capacitadas bajo los estándares médicos necesarios que les permitan operar de forma segura cualquier práctica que ellas realicen, argumentando que su trabajo está ligado ampliamente a contribuir con la salud de las mujeres que llegan con ellas.

La penúltima categoría sobre “las tragedias” tenía la intención, al igual que en otras investigaciones recientes sobre partería (Sánchez, 2016) de no idealizar su figura, por tanto, se quería saber acerca de los casos trágicos que como consecuencias de abortos ellas habían tenido que enfrentar.

Así, en ambas regiones, las parteras entrevistadas se han enfrentado a tragedias que ellas no dijeron haber provocado, como atender a mujeres inmigrantes trabajadoras de bares a quienes se les obliga a abortar por parte de sus jefes o padrones; embarazos infantiles que desde el enfoque de género y salud son considerados violaciones, y narrar con mucha tristeza los casos extremos de mujeres que al no contar con redes de apoyo, o no saber acudir a las parteras optaron por el suicidio, mencionando también el haber presenciado desde una segunda línea, casos en donde los servicios de salud son indolentes ante las mujeres que presentan abortos incompletos por la causa que fuere.

Desde esta tesis, manifiesto que estos casos que como su nombre lo dicen, son trágicos y suelen en muchos casos ser invisibilizados cuando se hace frente a los discursos que castigan duramente las iniciativas para despenalización el aborto en este país, centrándose las discusiones más recientes en clichés (como suponer que el aborto se tomará como una práctica anticonceptiva; el que si una mujer lo hace más de una vez quedará estéril, que se realiza de manera insegura, ignorando las bondades del aborto con medicamento, entre otros) sin que se tenga un conocimiento real de lo extensa que es la problemática de no poder acceder a una interrupción de embarazo en condiciones seguras.

En mi trabajo de campo, para ambas regiones, es evidente que cuando no hay parteras nadie ayuda y puede ser un factor primordial para que esta profesión no haya desaparecido, se les sigue necesitando para atender cuestiones de salud y en la actualidad, si bien, existen otros actores de la salud (promotores) que aparecen dentro de este campo, en cuanto a la atención específica del aborto inducido, son mayoritariamente las parteras quienes se encuentran presentes en la atención a estos casos en las regiones en las que se realizó esta investigación.

Como ya mencioné en el marco metodológico de esta tesis, el enfoque de género y salud me permitió enmarcar con claridad que si bien es necesaria la despenalización del aborto en el país, y que se oferte dentro de los servicios de salud o en clínicas como en la ciudad de México a lo largo de todo el territorio, no menos importante es reconocer que las parteras tradicionales de las zonas que yo estudié, tienen intersecciones que en trabajos como los de Sousa et al., (2010) sobre el aborto inducido en México se especulaban como precondiciones para propiciar abortos inseguros; en donde los autores manifiestan que los

mayores riesgos para abortos mal practicados se dan en mujeres de escasos recursos, muchas de ellas de zonas indígenas y que se atienden con personal mal capacitado. En mi tesis, esta es una diferencia clave, pues las parteras entrevistadas han sido perfectamente capacitadas a pesar de que cuentan con baja o nula escolaridad, muchas de ellas son de origen étnico, su trabajo como parteras es poco lucrativo, la mayoría profesa la religión católica, atienden en espacios no hospitalarios y generalmente las mujeres que acuden a ellas pertenecen a sectores muy vulnerables. No obstante, realizan con bastante éxito, las interrupciones con medicamento, confrontando con ello, los datos del trabajo de Sousa et al., publicaron hace 9 años, y aportando más evidencias de aborto seguro de acuerdo a la OMS (2015) y que se está documentando cada vez con mayores evidencias empíricas en regiones donde el aborto está penalizado (Gomperts, Petow, Jelinska, Steen, Gemzell-Danielsson & Kleiverda, 2012).

Lo que hace que estas parteras puedan hermanarse con los trabajos que ya cité en el estado del arte, es que cumplen con los estándares establecidos por la OMS (WHO, 2015) para proveer abortos seguros con medicamento y que su trabajo es de suma importancia para contribuir no sólo con la salud de las mujeres en las condiciones más vulnerables, sino también, en contrarrestar factores de riesgo que generan pérdidas humanas.

Al igual que como lo señala la investigación de Holcombe, Bethe y Cherle, (2015) es necesario ver y valorar la importancia de que las parteras sean consideradas agentes de salud con servicios integrales, económicos, que trabajan bajo lineamientos éticos y de responsabilidad y que, pese a sus creencias religiosas (al igual que en el trabajo de Oppong Darko, Ampona – Achiano y Darj, 2017), están dispuestas a ayudar desde un acto de sororidad y empatía a las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado.

El trabajo de las parteras tradicionales para el caso específico de México es de suma importancia por el contexto regional y social del país, tal y como lo menciona Berrio (2014). En este sentido, cabe resaltar que en un marco restrictivo para el acceso al aborto inducido y seguro en México, las parteras han tenido que invisibilizar sus prácticas por miedo a ser sancionadas y estigmatizadas desde la deslegitimación de sus saberes y sus capacidades, lo cual ya desde el trabajo realizado hace 16 años por Castañeda et. al., (2003) fue señalado por las parteras de otras regiones del país.

En el estado del arte, se cita el trabajo de Jhonson, Maksutova, Boobekova, et al, (2018), en donde se menciona que a las parteras que realizan abortos con medicamento les preocupa seriamente la posibilidad del desabasto de los fármacos en la región donde trabajan, y en ese sentido, las parteras de mi estudio, pueden realizar actualmente las interrupciones gracias a que obtienen los medicamentos por medio de las organizaciones civiles que de manera solidaria se los venden; pero aquí surgen las preguntas de ¿y si empieza a haber problemas de adquisición de medicamentos ya que como se dijo desde la introducción no hay libre acceso a la mifepristona, ni siquiera en CDMX, donde el aborto es legal; y si las organizaciones que les distribuyen empiezan a ser sancionadas en el país por estas prácticas y se retiran de México?

Esto, no tendría por qué ser una amenaza real ya que desde 1998, la OMS creó el Departamento de Medicamentos Esenciales (EDM) con la finalidad de que sea una agencia que trabaje en diversas partes del mundo con instituciones de Salud de toda índole, para garantizar el acceso y uso adecuado de dichos medicamentos a la población que lo requiera, y dentro de los medicamentos esenciales para la OMS, se encuentra el Misoprostol y la Mifepristona, los cuales aparecen claramente indicados para la interrupción médica del embarazo (Médecins Sans Frontieres, 2016: 104-105).

En el caso de las parteras de esta investigación, el contar con el abasto necesario del medicamento es de suma importancia para garantizar que se sigan realizando abortos médicos seguros que generan muchas menos afectaciones físicas y emocionales en las mujeres que optan por interrumpir un embarazo no deseado, bajo el acompañamiento y las redes de apoyo de las parteras tradicionales; por tanto, se tendría que asegurar también de manera legal la garantía de que no se harán especulaciones con el abasto de los medicamentos esenciales para realizarlo de manera adecuada, es decir, que grupos antiaborto voluntario presionaran a los gobiernos para no adquirirlos. .

Lo anterior tiene relación con lo que las autoras del informe sobre el Aborto de 2016 (Singh et al., 2018) sugieren en cuanto a que las leyes deben seguir transformándose de manera que el aborto deje de ser punible en todas las regiones, más ahora ante la opción de aborto con medicamentos que hace los procedimientos más seguros, de bajo costo y confiables con un impacto positivo en la disminución de muertes de mujeres en edades fértiles por

aminorar las complicaciones de abortos inseguros. Las autoras retoman también que la OMS (WHO, 2015), basada en la evidencia científica, recomienda para la realización de abortos con medicamento de hasta antes de las 13 semanas de gestación, a enfermeras y parteras, con la debida capacitación, provisión y uso adecuado de los fármacos correspondientes y que aconseja ampliamente a este tipo de personal que atienden la salud de la población para asesoramiento antes y después del aborto, así como para suministrar la información necesaria para el aborto sin riesgos (2015: 6-8).

En cuanto a la debida capacitación, ya en el estudio de Fullerton, Butler, y Aman, et al. (2018; versión líquida) se reconocen las capacidades de la partería en este rubro, haciendo mención a que uno de los postulados de la ICM respecto a los servicios que una partera puede ofrecer establece que "una mujer que busca o requiere servicios relacionados con el aborto tiene derecho a que la partera le proporcione dichos servicios", por tanto y de acuerdo a estos últimos tres trabajos citados, no solo es deseable, viable y necesaria la capacitación de las parteras en la correcta realización de abortos inducidos con medicamentos, sino que en esta tesis se demuestra, al igual que en los estudios citados con antelación, que es posible, seguro y muy necesario, sobre todo para las mujeres que se encuentran en regiones empobrecidas del país.

Otro elemento más que no quisiera dejar de lado es que, aunado a la capacitación de las parteras y personal médico en el aborto con medicamento para hacer una práctica segura en el país y a la correspondiente no penalización del aborto, es indispensable trabajar en cambios culturales que de facto hagan valer un estado laico para evitar que ocurra lo que se menciona en el trabajo de Aniteye, O'Brien & Mayhew (2016), respecto a que el estigma sobre la práctica del aborto puede inhibir la realización de abortos seguros. Esto sobre todo, siendo México un país en el que ni la medicina hegemónica se escapa de un discurso basado en la doble moral (las parteras de mi estudio mencionan que los médicos sí hacen interrupciones siempre y cuando puedan cobrar por ello), en el que puede ampararse su personal en la objeción de conciencia para no cumplir con su trabajo (esto ha ocurrido en casos en los que el embarazo es resultado de una violación a pesar de que con ello se transgrede la norma 046), o donde se dan casos de servidores públicos con argumentaciones basadas en creencias religiosas anteponiéndolas como un pretexto para no cumplir con los

compromisos ante las ciudadanas (GIRE, 2015), vulnerando el artículo 1° y 4° Constitucional. Así mismo, seguramente el reto más profundo en este contexto será influir en la cultura misógina que critica sin pleno conocimiento de causa, tanto a quienes se realizan una interrupción como a quienes las apoyan.

Esta tesis pone de manifiesto que es necesario voltear a ver a las parteras como protagonistas, en un escenario que está siendo favorable para las mujeres de regiones pobres, que buscan interrumpir un embarazo no deseado de forma segura y accesible. Las parteras tradicionales, han demostrado con el paso del tiempo que sus saberes se han ido transformando para contribuir con la salud de las mujeres, incluso en contextos en que pueden ser sancionadas y castigadas severamente, por lo que es inevitable exigir este reconocimiento y sobre todo, mejorar las condiciones de su trabajo, que garanticen una atención oportuna, segura y accesible para la realización de abortos con medicamentos, que además aseguren un impacto menos traumático en las mujeres que se lo realicen y que redundará en la disminución de morbi-mortalidad femenina en edades reproductivas, en la reducción de costos, y en menos embarazos no deseados, mejorando sustancialmente la salud mental de las mujeres que tengan la necesidad de recurrir a una interrupción gestacional.

Conclusiones

Respecto a mi preguntas de investigación, sobre ¿Cuál es la perspectiva de parteras tradicionales de la región Altos y Meseta Comiteca capacitadas en la práctica del aborto con medicamento con respecto a sus experiencias? Y ¿cómo le hacen, sabiendo que es una práctica punible en este estado? Se encontró que las parteras tradicionales tienen la capacidad de adquirir e incorporar en sus prácticas otras formas de conocimientos desde la biomedicina como lo es el uso de medicamentos para la interrupción segura del embarazo, de acuerdo a los estándares de aborto seguro de la OMS, una vez capacitadas y apoyadas en el suministro de los medicamentos necesarios para dichas interrupciones, por organizaciones civiles en Chiapas.

Sus narrativas me permitieron conocer, desde su posicionamiento, las necesidades de salud que enfrentan las mujeres de su entorno, así como también, ver las tensiones y conflictos que surgen desde su ser parteras en la atención de casos de aborto inducido, no sólo por ser una práctica penalizada, sino también, por las implicaciones sociales que esto les conlleva (ser estigmatizadas); sin embargo, ellas actúan en consecuencia con las necesidades de las mujeres que las buscan, realizando abortos seguros en sus regiones de trabajo.

Esto también da respuesta en parte a mi supuesto de que las parteras tradicionales han incorporado dentro de sus saberes, tratamientos para realizar abortos inducidos con medicamento, de acuerdo a lo que establece la OMS, y que a su vez, conocen las dificultades para realizar esta práctica en un entorno que lo penaliza. Tengo como premisa también que las parteras lo hacen como respuesta a la necesidad de atención a mujeres en condiciones de vulnerabilidad, es decir, que entablan relaciones de solidaridad a pesar de la sanción legal.

Por otra parte, las parteras de esta investigación han desarrollado una habilidad de atención que puede ser considerada vanguardista y compasiva a la vez, y es necesario mencionar, que aunque ellas se sienten orgullosas de su principal trabajo que es la atención de partos, la asistencia a abortos inducidos es manejado como una necesidad humana, y que en muchos de los casos la empatía y la sororidad las convierte en agentes integrales de la salud, en regiones con alta vulnerabilidad.

Para las parteras entrevistadas es fundamental el apoyo de organizaciones civiles en cuanto a capacitación y suministro de medicamentos para las interrupciones seguras en tanto que el Estado mexicano no garantice la no punibilidad del aborto y la práctica segura del mismo.

Para poder asegurar la realización de abortos con medicamento es imprescindible garantizar el suministro de Misoprostol y Mifeprestona, en estricto apego al cuadro de medicamentos esenciales del país.

Sin vulnerar la confidencialidad y la seguridad de las parteras que me dieron su voz en esta investigación, ha quedado de manifiesto su aportación a la salud sexual y reproductiva en sus regiones de trabajo, misma que debe ser considerada en el momento (esperamos) que el Estado mexicano despenalice el aborto en todo el territorio.

Para finalizar, me atrevo a asegurar que las parteras entrevistadas no solamente hacen las interrupciones de embarazos seguras de acuerdo a como lo establece la OMS, sino que este viaje desde el enfoque de género y salud me permitió: 1° ver que tienen la capacidad además de acompañar los abortos inducidos de manera discreta, certera, valiente y amorosa, adaptándose responsablemente a los cambios que favorezcan mejores procedimientos en pro de la salud de sus hermanas, las otras mujeres, y 2° contribuir científicamente a disminuir la desconfianza frente a la partería desde la medicina hegemónica fundamentada más en el miedo y la ignorancia que en el corpus científico que avala buenas prácticas de la partería.

Bibliografía

- Aniteye Patience, O'Brien Beverly, Mayhew Sussanah. 2016, "Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana", *BMC Health Serv Res.* 16:486 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018197/>
- Argüello, Hilda, Ana Mateo González, 2014, "Partera Tradicionales y Parto Medicalizado, ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los Organismos Internacionales en los últimos veinte años", en Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos, volumen XII, número 2, pp. 13-29
- Austin López, Alfredo, 1989, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Ciudad de México, pp. 328 - 351
- Barnard, Sharmani, Kim Caron, Park Min, Ngo Thoai, 2015, "Doctors or mid-level providers for abortion", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011242.pub2/epd/f/full>
- Berer, Marge, 2018, "Medical abortion pills have the potential to change everything about abortion", *Contraception*, número 97, pp. 79-81, [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(17\)30532-2/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30532-2/fulltext)
- Berrio, Palomo, Lina Rosa y Silvia Loggia, 2014, *El estado de las parteras en el Mundo 2014: Oportunidades y retos para México*, Organización Panamericana de la Salud, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ciudad de México.
- Berrio, Palomo y Lina Rosa, 2015, "Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas", en *Revista Género y Salud en Cifras*, volumen 13, número 3, pp. 4-12.
- Blázquez, Norma, 2008, *El retorno de la bruja*, UNAM, México.
- Carrillo, Ana María, 1999, "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México", en *Revista DYNAMIS*, Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, volumen 19, pp.167-190.
- Castañeda Salgado, Martha Patricia, 2008, *Metodología de la investigación feminista*, Fundación Guatemala, Centro de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, Guatemala.

- Castañeda, Xóchitl, Deborah Billings y Julia Blanco, 2003, “Abortion Beliefs and Practices. Among Midwives (Parteras) in a Rural Mexican Township” en *Women & Health*, volumen 37, número 2, pp. 73-87.
- Centro Legal para Derechos y Políticas Públicas, 1997, *Derechos Reproductivos de las Mujeres en México: Un reporte sombra*, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, NY, pp. 1-13.
- Cleeve Amanda, Josaphat Byamugisha, Kristina Gemzell-Danielsson, Nazarius Mbona Tumwesigye, et al., 2016, “Women's Acceptability of Misoprostol Treatment for Incomplete Abortion by Midwives and Physicians - Secondary Outcome Analysis from a Randomized Controlled Equivalence Trial at District Level in Uganda”, *PLoS ONE*, volumen 11, número 2, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149172>
- Código penal del Distrito Federal, <http://www.aldf.gob.mx/archivo-d261f65641c3fc71b354aaf862b9953a.pdf>.
- Código Penal del Estado de Chiapas, 2017, última reforma publicada mediante periódico Oficial N. 298, Tercera Sección con fecha 07 de junio de 2017. Mediante decreto N.184, publicado en el periódico N°. 14 de marzo de 2007, p.63.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012, *Informe de pobreza y evaluación en el estado de Chiapas*, <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Chiapas/principal/07informe2012.pdf>
- Dana Schonberg, Lin-Fan Wang, Ariana H. Bennettb, Marji Golda y Emily Jackson, 2014, “The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: a systematic review”, *Contraception*, volumen 90, pp. 480-487, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.07.004>
- Davis, Ángela, 2004, “Racismo, control de la natalidad y derechos reproductivos”, en *Mujeres, Raza y Clase*, Editorial Akal, Madrid, pp.203-221.
- Dirección General de Información en Salud, 2014, *Subsistema de información de nacimientos*, SINAC, http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html
- Dirección General de planeación y desarrollo en Salud, 2002, *Medicina tradicional y Desarrollo Intercultural*, <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>
- Ehrenreich, Barbara y Deidre English, 2006, *Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras*, Metcalfe & Davenport, Olmué.

- Espinosa, Gisela, Martha Castañeda, 2013, “Feminismo civil. Los claroscuros de la institucionalización”, en *Un fantasma recorre el siglo Luchas feministas en México 1910-2010*, Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial Itaca, México D.F, pp. 361-400.
- Faúndes Anival, José Barzelatto, 2007, *El drama del aborto en busca de un consenso*, editorial LOM, Chile.
- Faúndes, Anibal, Laura Miranda, Silvana Bento, Karla de Padua, 2019, “Difference between being in favor of permitting abortion after rape and willingness to provide such services, according to physician’s characteristics”, en *Ann Obstet Gynecol*, volume 2, número1, pp. 1- 4.
- Fawole Adeniran, Ayisha Diop, Alaluru Adeyanju, Oyewolw Aremu y Beverly Winikoff. 2012, “Misoprostol as first-line treatment for incomplete abortion at a secondary-level health facility in Nigeria”, en *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, volumen 119, número 2, pp.170–173, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2012.06.012>
- Federici, Silvia, 2010, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficante de sueños, Madrid.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015, *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*, Fondo de Población de las Naciones Unidas. NY.
- Fraisse, Geneviève, 2016, *Los excesos del género. Concepto, imagen, desnudez*, Colecc. Feminismos, Cátedra, Madrid.
- Freyermuth Graciela (Coordinadora), 2015, *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, Observatorio de Mortalidad Materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.
- Fullerton, Judith, Michelle Butler, Cheryl Aman, Tobi Reid y and Melanie Dowler, 2018, “Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective”, en *Int J Womens Health*, volumen 10, pp. 751-762, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260173/>
- Galdos Silva, Susana, 2013, “La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva”, en *Rev Perú Med Exp Salud Pública. Simposio*, 455-460. <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf>

- Ganso Pérez, Ana Isabel, 2016, *Las Parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado*, Universidad de Valladolid, Facultad de Filosofía y Letras, Valladolid.
- Garza Caligaris, Anna María, 2000, “El movimiento de mujeres en Chiapas. Haciendo historia”, *Anuario de Estudios Indígenas VIII*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, Chiapas. pp. 109-136.
- Gobierno del Estado de Chiapas, 2014, *Programa Regional de Desarrollo (2013- 2018), Región V, Altos Tsotsil – Tseltal*, Gobierno del Estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.
- Gomperts, Rebecca, Sabine Petow, Kinga Jelinska, Louis Steen, Kristina Gemzell-Danielsson y Gunilla Kleiverda, 2012, “Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine”, en *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, DOI:10.1111/j.1600-0412.2011.01285.x pp. 226–231.
- Grupo de Información en Reproducción elegida, 2015, Informe GIRE, Niñas y mujeres sin justicia, Derechos Reproductivos en México, pp. 55 – 108.
- Holcombe Sarah, Berhe Aster, Cherie Amsale, 2015, “Personal beliefs and professional responsibilities: ethiopian midwives’ attitudes toward providing abortion services after legal reform”, en *Stud Fam Plann*, volumen 46, número 1, pp. 73-95.
- INAFED, (S/F) *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México*, Instituto Nacional para el federalismo y el desarrollo municipal, <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/regiones.html>
- Jaiven, Ana Laura, 2013, “Emergencia y trascendencia del neofeminismo”, en *Un fantasma recorre el siglo Luchas feministas en México 1910-2010*, Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial Ítaca, México D.F, pp. 149-180.
- Johnson, Brook Jr., Elmira Maksutova, Aigul Boobekova, et al., 2018, “Provision of medical abortion by midlevel healthcare providers in Kyrgyzstan: testing an intervention to expand safe abortion services to underserved rural and periurban areas”, en *Contraception*, volumen 97, número 2, pp.160-166.
- Jordan, Brigitte, 1993, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Cuarta edición, Waveland Press, Inc., Long Grove.
- Juárez, Fátima y Susheela Singh, 2012, “Incidence of induced abortion by age and state, Mexico, 2009: new estimates using a modified methodology”, en *International*

- Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, volume 38, número 2, pp. 58-67, <http://dx.doi.org/10.1363/3805812>.
- Lamas, Martha, 2013, “Cuerpo y política: la batalla por despenalizar el aborto”, en *Un fantasma recorre el siglo Luchas feministas en México 1910-2010*, Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial Ítaca, México D.F, pp. 181-210.
- Médecins Sans Frontieres, 2016, *Medicamentos esenciales para la OMS, revisión 2016*. http://refbooks.msf.org/msf_docs/sp/essential_drugs/ed_sp.pdf
- Michelet, Jules, 1987, *La bruja. Un estudio sobre las supersticiones en la Edad Media*, Akal Madrid.
- Muñoz, Ixchel, 2017, *Cuatro cuerpos en las experiencias de aborto: el cuerpo como territorio de decisión en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*, tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociales y Humanísticas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, CESMECA, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Oppong-Darko, Prince, Kwame Amponsa-Achiano y Elisabeth Darj, 2017, “I Am ready and willing to provide the service ... though my religion frowns on abortion'- Ghanaian midwives' mixed attitudes to abortion services: a qualitative study”, en *Int J Environ Res Public Health*, volumen 14, número 12, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750919/>
- Pérez, Mónica, 2004, “Sororidad: nueva práctica entre mujeres”, en CIMACNOTICIAS, periodismo con perspectiva de género, febrero, 2014. México, DF. <https://cimacnoticias.com.mx/node/38105>
- Presidencia de la República, 2007, *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/superacion-de-la-pobreza.html>
- Ramírez, Laura, Austreberta Nazar, Georgina Sánchez, Emma Zapata, et al. “Mujeres/ Madres/ Migrantes de Guatemala en la Frontera Sur de México”, en *Revista Migraciones Internacionales* (en prensa)
- Ramos Masa, Teresa, 2012, *Región Fronteriza, entre la milpa, el trabajo, los programas gubernamentales y el mercado. Mujeres Marginales de Chiapas: Situación, condición y participación*, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.

- Raymond, Elizabeth y Hillary Bracken, 2015, “Early medical abortion without prior ultrasound, Gynuity Health Project”, en *Contraception*. volumen 92, pp. 212-214, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04>.
- Restrepo, Eduardo, 2007, “La entrevista como técnica de investigación social: notas para los jóvenes investigadores” (documento de trabajo). www.ramwan.net/restrepo/metodologia/entrevista-restrepo.doc.
- Reyes, Yasmín, Briana Keelfe-Oates, Camille Garnsey, Allie Wolloum y Sara Braun, 2019, “Encuesta con acompañantes. Las Libres. Resumen ejecutivo” en *Ibis Reproductive Health*, volumen 16. https://ibisreproductivehealth.org/sites/default/files/files/publications/Resumen_Ejecutivo_Las_Libres_Ibis_FinalBooklet.pdf
- Rodríguez-Aguilar, Román, 2018, “Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model”, en *PLOS ONE*, volumen 13, número 3, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194607>
- Rosado Medina, Anna Cristina, 2018, “De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945”, en *Los caminos para parir en México en el siglo XXI, Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, pp. 28-30.
- Sánchez, Georgina, 2010, “De cómo occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México”, en *Rev. Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, volumen 5, pp. 379-403.
- Sánchez, Georgina, 2015, *Imagen Instantánea de la Partería*, ECOSUR/ Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas.
- Sánchez, Georgina, 2016, *Espacios para parir diferente, un acercamiento a Casas de Parto en México*, Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas.
- Sánchez, Georgina, Martha Moreno Guati-Rojo, y Verónica Pérez-López, 2015, “Las Condiciones de las Parteras Tradicionales en Chiapas”, en *Imagen Instantánea de la Partería*, ECOSUR/ Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas, pp. 129 – 146.
- Shah, Iqbal, Elisabeth Ahman y Nuriye Ortayli, 2014, “Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD)”, en *Contraception*, volumen 90, pp. 39–48, [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(14\)00155-3/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(14)00155-3/pdf)

- Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok y Onda Tsuyoshi, 2018, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Singh Susheela, Wulf Deirdre, Hussain Rubina, Bankole Akinrinola, Sedgh Gilda, 2009, *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Guttmacher Institute, Nueva York.
- Sousa, Angélica, Rafael Lozano y Emmanuela Gakidou, 2010, “Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico”, en *Health Policy and Planning*, volumen 25, pp. 300-310, <https://academic.oup.com/heapol/article/25/4/300/556788>
- Suárez, Rocío, 2018, “De maternidad voluntaria a interrupción legal del embarazo: la larga lucha por la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres en la Ciudad de México (1976 -2007)”, en *Maternidades y No maternidades modelos, prácticas y significancias en mujeres y espacios diversos*, Editorial Gedisa, S.A, Ciudad de México, pp. 15-40.
- Tuñón, Esperanza (coordinadora), 1997, *Género y Salud en el Sureste de México*, El colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villa Hermosa.
- Tuñón, Esperanza, 2013, “El derecho de las mujeres al sufragio”, en *Un fantasma recorre el siglo Luchas feministas en México 1910-2010*, Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial Ítaca, México D.F, pp. 125-146.
- Viqueira, Juan Pedro, 1995, “Chiapas y sus regiones”, en *Chiapas: Los rumbos de otra historia*, Universidad Nacional Autónoma de México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos / Universidad de Guadalajara, México.D.F., pp. 19-40.
- World Health Organization (WHO), 2018, *Maternal Mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model* <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194607>
- World Health Organization (WHO), 2015, Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. WHO, Geneva, September, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/
- World Health Organization (WHO), 2012, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: World Health Organization,

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1

Zúñiga Uribe, Patricia, 2014, *Salud Sexual y Reproductiva, en La Mujer y la Salud en México*, Academia Nacional de Medicina, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Intersistemas, S.A. de C.V., México.

Anexos

Anexo 1: Guía de entrevistas

Nombre:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Escolaridad:

Creencia religiosa:

¿Cuánto tiempo tiene ejerciendo la partería?

¿Por qué o cómo se hizo partera?

¿Cómo llama usted a la interrupción del embarazo?

¿Le ha tocado tratar casos de mujeres que acudan con usted para ayudarlas a interrumpir su embarazo?

¿Qué la motiva a ayudar a estas mujeres?

¿En alguna ocasión usted se ha negado a brindar esta ayuda y por qué?

¿Me puede platicar cómo es que le piden ayuda las mujeres, qué palabras usan?

¿Cuál es el costo por brindarle a una mujer la ayuda para interrumpir su embarazo?

¿Las mujeres que la buscan para solicitar su ayuda son de su propia comunidad o vienen de otras comunidades?

¿Cuántas mujeres en promedio ha ayudado en el último año?

¿Cuál es el procedimiento que utiliza para brindar esta ayuda a una mujer?

¿Cómo aprendió a realizar esta práctica?

Me puede explicar aún más en qué consiste:

¿Qué riesgos hay de hacer esto?

¿Qué riesgos existen para las mujeres?

¿Con qué materiales o insumos cuenta para hacer sus procedimientos?

¿Quién la apoyan cuando se complican casos de mujeres que solicitan su ayuda?

¿Cómo la apoyan en los casos de complicaciones o emergencias para las mujeres que llegan con usted?

¿Qué piensa de usted su familia o conocidos al saber que brinda ayuda para las mujeres?

¿Existen personas que no acepten o que no la apoyen al saber que ayuda a las mujeres a interrumpir un embarazo?

¿Alguna vez ha tenido problemas en su comunidad por ayudar a una mujer?

¿Usted sabe si la ley apoya a las mujeres que quieren interrumpir un embarazo y qué piensa de que esta opción esté penada?

¿Conoce casos que hayan terminado mal?

¿Qué cree que usted qué pasaría si las parteras no ayudaran a las mujeres que necesitan de la ayuda para interrumpir un embarazo?

¿Cómo le gustaría que fueran tratadas las mujeres que solicitan esta ayuda?

¿Ha tenido problemas con la Secretaría de Salud por ayudar a las mujeres?

¿Cómo es la relación que tiene con otras parteras y cómo sería si se enteraran de que usted apoya a las mujeres en la interrupción de un embarazo?

¿Me puede decir cómo son estas mujeres que llegan con usted para solicitar ayuda?

¿Me podría contar sobre algunos casos que le hayan llamado la atención de mujeres que hayan acudido con usted en estas situaciones?

Anexo 2: Consentimiento informado

Proyecto de Investigación

Maestría en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales

Instituto de Estudios Indígenas

Universidad Autónoma de Chiapas

Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación

Esta es una forma de consentimiento, donde se le proporcionará información sobre el proyecto de investigación al cual se le invita a participar y de esta manera, usted pueda tomar una decisión informada.

El Objetivo de esta investigación es: poder recabar información con el fin de analizar y comprender a través de las experiencias de las mismas parteras el papel que tienen ante casos de asistencia a mujeres que requieran interrumpir un embarazo, considerando que la interrupción del embarazo es una práctica restringida en este estado, es importante señalar que la información otorgada por usted a través de entrevistas cualitativas será manejada de forma ética, con la finalidad única de ser una aportación académica y científica, esta información será resguardada de manera segura y se tratará como información proporcionada por personas anónimas, por lo que se evitará poner datos personales como el nombre y domicilio.

¿Quiénes pueden participar?

1.- Para el caso del papel de las parteras en la interrupción del embarazo, pueden participar parteras tradicionales que estén o no realizando asistencia en la interrupción de un embarazo.

¿Qué procedimiento se realizará para la entrevista?

Para el caso de las entrevistas con parteras, se acudirá a su espacio de trabajo que puede ser su propio domicilio o el lugar en dónde ellas decidan, se programará la visita a partir de su disposición y se calendarizará la fecha, las entrevistas la realizará únicamente la interesada y responsable de esta investigación, serán entrevistas personales y de forma privada.

Para el caso de las mujeres, si usted decide participar, se le harán diversas preguntas con respecto a los motivos por el cuál decide acudir con la partera para la asistencia en la interrupción de un embarazo, así como también algunas aportaciones que complementen los objetivos de este proyecto.

Las entrevistas serán grabadas o no, dependiendo de lo que la persona decida al momento de hacerlas.

¿Cuáles son los beneficios por participar en este estudio?

Usted no se beneficiará directamente, pero su participación en este proyecto ayudará a tener una contribución para un abordaje desde otra perspectiva ante el tema de la interrupción del embarazo, partiendo desde protagonistas activas e involucradas en la salud de las y por las mujeres, su contribución puede ampliar aún más el panorama sobre un tema políticamente discutido y que demarca a su vez, una necesidad de análisis desde todas las miradas.

¿Cuáles son los riesgos por participar en este estudio?

Cómo se señaló al inicio, todos los datos e información obtenida serán confidenciales y eso permitirá que no exista ningún riesgo posible.

¿Cómo se protegerá mi información personal?

Todos los datos que se recaben, en este proyecto, serán estrictamente confidenciales, solamente tendrá acceso la persona que realiza esta investigación y quedará bajo resguardo de la misma, no se permitirá que ninguna otra persona pueda ver, utilizar o consultar dicha información, los nombres serán codificados para evitar identificar a la persona que este contribuyendo a este proyecto, así como también otros datos que tengan que omitirse a consideración del participante.

Al finalizar este proyecto, se les compartirá un resumen de lo que se realizó con la finalidad de sentirse parte de un logro profesional y ver reflejado en un escrito su participación con la confidencialidad que se ha anunciado desde un principio.

¿Para cualquier duda o aclaración?

Con la persona que suscribe este documento, misma que es la interesada y la responsable de realizar este proyecto de investigación, Geicel Llamileth Benítez Fuentes, estudiante de la maestría en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales, Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas. Número de contacto: 967 165 88 49.

Anexo 3: Oficio de participación voluntaria

HOJA DE CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Al momento de firmar este formato, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta investigación. He tenido oportunidad de leer cuidadosamente cada sección del mismo y que se me explique de forma clara y para que lo entienda de forma completa. Si no se leer, se me explicará de forma clara, de ser necesario autorizaré a otra persona que me pueda traducir o detallar esta carta. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento de esta investigación. Y se me ha proporcionado una copia firmada de este formato de consentimiento informado.

En caso de retirarme de la investigación, mis testigos pueden estar presentes durante la destrucción de esta carta consentimiento, así como en eliminación de los datos que se hayan registrados.

Participantes

Nombre

Firma

Fecha: ____/____/____

Día

Mes

Año

Investigadora

Nombre

Firma

Institución: _____

Zona: _____