

Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México

Women abused during pregnancy and childbirth: experiences and views of midwives from Jalisco, Mexico

Martha Villaseñor F¹; Jorge Laureano E²; Martha L. Mejía M³; Isabel Valadez F⁴; José M. Márquez A⁵; Jaime A. González A⁶

¹ PhD. en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara y Secretaria Ejecutiva del Instituto Estatal de las Mujeres en Jalisco. Correo electrónico: mvillase@hotmail.com

² Magíster en Ciencias de la Salud Pública. Secretaría de Salud Jalisco. Correo electrónico: georgelaure_1@hotmail.com

³ Magíster en Ciencias de la Salud Pública, Coordinadora médica en área normativa en la Secretaría de Salud Jalisco. Correo electrónico: itzia060500@hotmail.com

⁴ PhD. en Ciencias Sociomédicas, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: dravaladez@yahoo.com

⁵ Magíster en Ciencias de la Salud Pública. Secretaría de Salud de Puebla. Correo electrónico: mmarquez.saludpue@gmail.com

⁶ Médico internista, Secretario de Salud de Jalisco. Correo electrónico: jaime.gonzalez@jalisco.gob.mx

Recibido: 20 de junio de 2013. Aprobado: 05 de febrero de 2014.

Villaseñor M, Laureano J, Mejía ML, Valadez I, Márquez JM, González J. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(2): 9-16

Resumen

Objetivo: explorar la experiencia y perspectiva de parteras con mujeres violentadas durante el embarazo y el parto en Jalisco, México. **Metodología:** se llevó a cabo un estudio cualitativo en zona rural de Jalisco, México, entre mayo y octubre de 2011 con 24 parteras, utilizando la entrevista individual, modalidad historia de vida pautada y la asamblea participativa regional como técnicas de indagación; posteriormente, los discursos fueron analizados bajo el modelo actancial semiótico. **Resultados:** familiaridad de las parteras con la violencia hacia la mujer durante el embarazo y el parto, atribuida principalmente a aspectos de género y ruralidad; señalan al binomio violencia-embarazo como factor de riesgo para presentar problemas

obstétricos, siendo la violencia física la que más encuentran y a la pareja como principal agresor. Resalta su capacidad de diálogo y escucha activa en identificación de violencia. Refieren posibilidad de ser escuchadas en la generación de acciones frente a este problema. **Discusión:** necesidad de asumir una postura política estatal sobre la partería, que permita reconocer su papel en la sociedad y la posibilidad de incorporarlas en las acciones que hacen frente al problema de la violencia, y valorar los elementos propios de su ejercicio en la detección y manejo de estas mujeres.

-----**Palabras clave:** embarazo, parto, mujeres violentadas, parteras, Jalisco

Abstract

Objetivo: to explore the experiences and perspectives that a group of midwives from Jalisco, Mexico had with women who were abused during pregnancy and delivery. **Methodology:** a qualitative study was conducted in a rural zone of Jalisco, Mexico, between May and October 2011 with 24 midwives. The techniques used to obtain the data were: individual interviews, life history, and the participatory regional assembly. After collecting the discourses, these were analyzed using the semiotic actantial model. **Results:** the midwives are familiar with the violence exercised against women during the pregnancy and birth process; this is mainly attributed

to location- and sex-related aspects, which in turn shows the combination of pregnancy and violence as a risk factor for obstetrical problems. In addition, physical violence was the most common type of abuse, and the woman's partner was the main aggressor. Finally, the midwives' ability to speak, listen and identify the cases of violence is worth mentioning. **Conclusion:** it is necessary to assume a political stance on midwives that would help recognize their goal in society and incorporate them into any actions taken to stop domestic violence while valuing the midwives' efforts to identify and aid these mothers.

-----**Keywords:** pregnancy; childbirth, abused women, midwives

Introducción

La partería, en algunas regiones de México, se ha mantenido vital a través de los años, con o sin el reconocimiento del sector salud, atrincherada principalmente en comunidades rurales. Personaje ligado al saber popular y ancestral que, en muchas ocasiones, responde a una presión social simbólica de atención a necesidades locales en salud y de otra índole, un ejercicio trazado por la cosmovisión tradicional y cultural de la atención del embarazo, parto y puerperio; pero que, a su vez, ha sabido incorporar otros elementos de la medicina convencional.

Organismos internacionales han descrito que en América Latina la mayoría de las parteras son de tipo tradicional y ejercen su actividad de manera oculta al sistema de salud, en condiciones de extrema pobreza, con dificultades para el acceso a servicios de apoyo en condiciones de emergencia y poca o nula capacitación institucional o formal, constituyéndose así, en una atención alternativa para mujeres con dificultades de acceso geográfico, económico y cultural a la atención de salud institucional, situación que se traduce en posibles riesgos de daños a la integridad y salud de las parteras, la madre y el niño; entre ellos, se destacan la baja capacidad para detectar y manejar embarazos o partos complicados, posibles a terminar en una muerte materna o neonatal [1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la necesidad de capacitar, actualizar y apoyar de forma regular a un mayor número de parteras, considerándolo una línea de acción para alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5, la cual puntualiza en mejorar la salud materna, un reconocimiento del sector salud a la partería que permitirá garantizar accesibilidad y calidad en el servicio para la atención del embarazo y el parto saludables [2, 3].

Al ser una prioridad del embarazo y parto saludables, no se puede dejar de lado el aspecto de la violencia y sus consecuencias en la mujer y su producto (abortos provocados, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer), que ponen de manifiesto la necesidad

de considerar que organismos, sectores o personajes locales, hagan frente a esta situación, contribuyendo en la detección temprana, tratamiento requerido y/o remisión de mujeres a servicios idóneos para recibir la atención e información necesaria [4].

Dentro de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, la violencia se conceptualizó como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”, convirtiéndose actualmente en un problema de derechos humanos, al imposibilitar a la mujer el disfrute libre y con plena calidad, de lo que la vida dentro de una sociedad le ofrece, la misma sociedad donde la violencia se gesta a partir de múltiples factores (la forma en que se educa a mujeres y hombres), elementos culturales y sociales que determinan los comportamientos de los individuos, socialmente aceptados, impuestos y reforzados por cada grupo social [4, 5].

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México (2003) encontró que de las mujeres encuestadas, 25% refirió que durante su último embarazo, sufrió algún tipo de maltrato (humillaciones 8,4%, ser obligas a tener relaciones sexuales 6,3% y golpes 5,3%), el 25,8% de ellas mencionó que fue pateada en su abdomen mientras estuvo embarazada (88,9% de las veces el agresor fue el padre del niño), evidencia que mostró que el embarazo es un aspecto que no protege o evita que las mujeres sigan siendo víctimas de violencia; finalmente, el 48,6% de las mujeres embarazadas que ya eran víctimas de violencia antes del embarazo, refirieron que este se mantuvo igual [6].

En México, normativamente se establece que las instituciones del sector público, social y privado, deberán otorgar atención médica a los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, para este propósito dan aviso al Ministerio Público para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar, reporte que

presupone para los prestadores de servicios de salud que deberían recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización al respecto, encontrándose debilidades y falta de evaluación de acciones dentro de los servicios de salud, como la incorporación de esta temática en la formación de recursos humanos o pocas acciones efectivas e interinstitucionales [7].

La partera es el personaje que recibe menos o nula sensibilización, capacitación y actualización sobre violencia contra la mujer, pese a su influencia y posicionamiento social para vivir de manera más cercana la violencia experimentada por mujeres embarazadas en diferentes zonas del país. Es una necesidad para el sector salud, el conocer las pautas de atención que llevan a cabo las parteras en la atención de mujeres en estas condiciones de violencia. El objetivo de este trabajo fue explorar la experiencia y perspectiva de parteras con mujeres violentadas durante el embarazo y el parto en Jalisco, México [8].

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo, desde la perspectiva fenomenológica, en la región Ciénega de Jalisco, la cual, además de ser zona rural y contar grupos indígenas que conservan y practican sus tradiciones del México antiguo, tiene un registro por parte de la Secretaría de Salud Estatal del mayor número de parteras, que abarcan un total de 12 municipios, reportado entre los meses de mayo y octubre de 2011.

El primer acercamiento se realizó con partera identificada previamente por los investigadores, posteriormente se aplicó la técnica de bola de nieve, para identificar a otras parteras de la zona; así, se contactaron 24 parteras en total (considerando el principio de saturación teórica), todas del sexo femenino, edad promedio de 53 años (rango de 17 a 72 años), el 20% analfabeta, 22% con primaria, 35% secundaria, 5% estudios técnicos y 18% nivel licenciatura (en enfermería y psicología), el 22% tradicionales empíricas, 55% tradicionales capacitadas y el 23% parteras-enfermeras.

La información en su inicio, se obtuvo a partir de entrevistas individuales (3 a 4 visitas a 8 parteras), modalidad de historia de vida pautada, se utilizó una guía con cinco ejes temáticos: a) conceptualización de violencia, b) contextualización de la violencia, c) experiencia con mujeres violentadas, d) perspectiva frente a la violencia, y e) vinculación con otras instancias frente a la violencia.

Por iniciativa de las parteras, se desarrolló una asamblea regional, a la cual asistieron las parteras ya entrevistadas y otras más invitadas por ellas, se realizó trabajo participativo grupal en el que desarrollaron los cinco ejes temáticos ya mencionados, utilizaron recortes de revistas y periódicos,

lápices, colores y otro tipo de material que las mismas parteras llevaron (fotografías, certificados, manuales, entre otros), trabajo desarrollado en una jornada de 8 horas.

Todas las entrevistas y diálogos generados en la asamblea, fueron grabados y transcritos a textos de Word; se realizó un análisis bajo el modelo actancial semiótico, el cual implicó una lectura y relectura de cada línea textual, para pasar a describir las primeras impresiones contextualizadas como temas emergentes; se siguió con un análisis de la superficie de los textos para identificar actores semióticos, isotopías temáticas y figurativas, así como la dimensión cognitiva que genera una estructuración del texto en grandes categorías con descripciones textuales y su interpretación. Estos resultados se presentaron en dos ocasiones a algunas de las parteras para corroborar y devolverles la información [9].

La participación de los informantes fue en todo momento voluntaria y bajo consentimiento informado, conforme a los principios de respeto a la autonomía, autodeterminación y confidencialidad de la información, según la aprobación de la Comisión de Investigación y Ética de la Secretaría de Salud Jalisco.

Resultados

Significación de la violencia durante el embarazo y parto

Las parteras participantes coinciden en que la violencia hacia la mujer es una situación ligada al género y al contexto de ruralidad, donde “el hombre por su naturaleza humilla, golpea o grita a la mujer”, como se expresa en sus diálogos que estas condiciones son parte de la vida de “una mujer de rancho”. Conforme avanzaban las entrevistas, se presentaron contradicciones en algunos aspectos que concluyeron en tres puntos: a) la violencia como algo vinculado a aspectos de género y alimentado dentro del contexto rural, mas no aceptada en su papel como parteras, b) existen cambios que se han presentado históricamente, sobre la forma de vivir la violencia (el afrontamiento de la violencia por parte de la mujer y el involucramiento de otras instancias a este problema social), algo favorable pero que no ha solucionado el problema y c) significación del binomio embarazo-violencia como factor de riesgo para presentar problemas obstétricos (daños no solo a la mujer, sino también al hijo).

Existe en todas una postura de no aceptación de la violencia hacia la mujer embarazada; así, refieren adoptar ellas y la comunidad una postura de protección a la madre y el producto. Algunas parteras admitieron que esto no es así cuando el embarazo se presenta en condiciones no aceptadas culturalmente, por ejemplo “ser mamá soltera o que tenga muchos hijos de varios hombres” y “embarazarse de alguien que no sea su pareja, como las que quitan el marido”, posicionando

a los miembros de la familia, los principales actores que ejercen violencia, esto al rechazar y no aceptar a la mujer en estas condiciones, incluso algunas parteras (tradicionales y de edad avanzada), mencionaron también tolerarlo, ya que representan al hecho, ser “algo con lo que se aprende a vivir”.

“...a ella, su mamá y hermanas eran quienes la trataban mal... para que pagara la burla y pena que les había causado por su embarazo, así que cuando yo la sobaba, pues era conmigo que se desahogaba y pues ya yo hablaba con su mamá, porque eso no está bien...” (Partera tradicional).

Se afirma, entonces, que en estas parteras la pareja es el principal agresor y en segundo término, otros miembros de la familia y/o de la misma comunidad, al igual que considerar que la violencia es algo vinculado al género; es decir, “tiene que ver con el hecho de ser mujer”. Esta manera en que los actos de las mujeres son enjuiciados y sancionados por sus parejas, sus familiares y la comunidad misma, es un hecho cotidiano que señalan la mayoría de las parteras, poder tolerar por “ser inevitable”, por lo que tienden a mantenerse en silencio:

"son muchas las veces que una ve eso, no es algo nuevo... , pero pues aprendes a quedarte callada porque también es difícil que te hagan caso, hasta es raro que nos vengan

a preguntar de eso, ¿a poco los doctores no lo saben?” (Partera tradicional).

Las repercusiones obstétricas que según las parteras generan violencia, está asociado a cinco situaciones presentadas a continuación:

- Muerte materna o neonatal (“Mata al niño y si no es que hasta a ella”)
- Mayor riesgo de abortar (“luego tienen abortos por golpes”)
- Riesgo de presentar alteraciones en el aparato reproductor (“quedan estériles”)
- Los hijos que observan y/o sufren también la violencia, caen en actitudes de rebeldía (“sus hijos son mas viciosos y mal educados por falta de amor”)
- Identificación y manejo de mujeres violentadas durante el embarazo o el parto

Las parteras refieren diferentes tipos de violencia, conocimientos que parten de sus propias experiencias, tipificación que se describe a continuación en la tabla 1, el cual contiene algunos textos representativos que permiten ejemplificarlo:

Al explorar los aspectos que toman en cuenta para identificar la violencia, resalta el diálogo constante con las mujeres y el vivir en la comunidad, una escucha activa que se facilita por el sentido de confianza que se

Tabla 1 Tipos de violencia identificados por parteras durante el embarazo y el parto

Tipo de violencia	Principal agresor	Observaciones	Textos
Violencia física	La pareja	Tipo de violencia más común, frecuente en el abdomen, rostro y piernas como las partes más afectadas.	“Los moretes en las piernas eran por las patadas del marido... por eso no quiso que se aliviara en el hospital y la trajo conmigo.”
Violencia emocional o psicológica y verbal	La pareja La familia La sociedad	Violencia ejercida de manera simbólica, representado en la discriminación y rechazo por el acto cometido por la mujer embarazada, según su cultura y valores.	“las que no hablan y fácilmente lloran, es porque sus maridos las hacen sentir mal, les gritan y de mensas no las bajan”
Violencia sexual	La pareja	Ejercida de la pareja a la mujer, refiriendo también el incesto como una práctica presente en sus comunidades, no bien vista por ellas pero con tendencia a tolerar.	“yo hasta me siento impotente cuando me toca sobar a la mamá y su hija que esperan el hijo del mismo papa...”
Violencia por abandono	La pareja	La pareja limita el acceso y control económico en sus hogares, presente también el abandono de mujeres en condiciones de embarazo, sobre todo adolescentes.	“Pues muchos de sus maridos no trabajan, no más se la pasan borrachos, las pobres tienen que trabajar y embarazadas y ya luego las dejan...”
Violencia por omisión de derechos	La pareja La Familia	Supeditación de la mujer a la voluntad del hombre en la toma de decisión sobre tipo y lugar de atención obstétrica a recibir, o la utilización o no de algún método anticonceptivo.	“Una ya tiene siete niños... cuando yo le pregunté que con qué se cuidaría, su suegra me dijo que no me metiera en sus vidas, que su marido sabrá...”

tiene; asimismo, la observación para ellas es básica pues les permite evidenciar si “traen moretes, lágrimas, están calladas y se ven diferentes a otras veces” o señalan el que “las vemos tristes y hasta dejan de comer”.

A continuación se listan los aspectos que ellas consideran factores de riesgo para sospechar que una mujer puede sufrir violencia:

- *Género y ruralidad*: “el ser mujer y de rancho, es para sufrir, acá todavía son machistas pues”.
- *Escolaridad*: “las que no estudian sufren más, porque la estudiada es mas despierta”
- *Edad*: “las más nuevas como que son mas tontas y se dejan más, ya conforme van creciendo se van avivando y no tan fácil se dejan”
- *Condiciones propias de la pareja*: “si su marido anda con otra, lo más seguro es que a su mujer la va a tratar mal”, “los maridos viciosos o que no trabajan de seguro su mujer va a sufrir eso de los maltratos”.

Finalmente, el manejo por parte de las parteras de los casos considerados como violencia se ve diferenciado según el tipo de partera:

- Partera tradicional empírica y tradicional capacitada: consideran el ocultamiento de los casos como la pauta a seguir y en algunos casos, limitarse a ofrecer alguna forma de atención alternativa, “un té amargo para el coraje” a lo que ellas llaman “quitarle la bilis del enojo” o realizar otras acciones en las que la mujer se proteja del agresor, “que se esconda bajo la cama mientras se le pasa lo borracho y enojado a su marido”.
- En lo que respecta a las parteras-enfermeras, se encuentran elementos de empoderamiento social para lograr dialogar con la pareja o los miembros de la familia que agreden a la mujer, de esta manera informan de las consecuencias legales que le puede traer el agredir a su pareja, y mencionan que esta práctica les permite incidir en la disminución de las agresiones, pero ninguna mencionó que se eliminara, solo una partera ha presentado denuncia ante un caso de violencia. Es importante destacar que en este acercamiento metodológico, solamente dos parteras refirieron que ante un caso de violencia hacia la mujer embarazada recurrieron a otras instancias de atención en el ámbito municipal y estatal, donde llevaron a la paciente para su atención.

Perspectiva de la partera frente a otras instancias u organismos relacionados con la atención de mujeres violentadas

Conforme avanzaban las entrevistas, se enfatizó en aquellas experiencias que tuvieron contacto con otras instancias (centros de salud, hospitales y procuradurías de justicia), que señalaron recibir maltrato y/o rechazo, algunas en condición de testigo ante un caso de muerte

materna o neonatal con datos de violencia, por atender el parto, valoraron a la paciente durante su embarazo o le acompañaron a recibir la atención institucional. Consideran que su relación con el personal de salud local se ha deteriorado, con poca colaboración en la resolución de problemas, y que describieron un sentido de invalidación de su labor.

“Llegaron en la madrugada a hablarme... estaba ella sangrando, con el niño muerto a su lado... el esposo tomado y con sangre en sus manos; revisé y el niño estaba ya muerto, ayudé a sacar la placenta en lo que mandé a pedir la ambulancia... Más tarde la patrulla me llevó a declarar por qué había sido golpeada, me trataron como si fuera yo la asesina, ni modo que la dejara morir, además hice lo que he hecho toda mi vida, ¿Por qué me dicen que no sé nada?...” (Partera tradicional).

Estos aspectos de rechazo y menosprecio percibidos por las parteras refuerzan en ellas la idea de ocultar casos de violencia, limitándose a dialogar con la pareja o agresor de la embarazada en busca de soluciones, y consideran que negar su servicio a mujeres en estas condiciones les representa la posibilidad de no contar con control prenatal durante su embarazo, sobre todo por el temor del agresor a ser denunciado, de ahí que cobra relevancia la filiación cultural que tiene una partera con su comunidad y su sentido de responsabilidad social con el bienestar de la población.

De manera particular, un dato que emergió en las entrevistas fue que en los hospitales las parteras aluden que algunas mujeres embarazadas, al acudir a recibir atención en estos espacios, también sufren violencia por parte del personal de salud, y señalan principalmente a los médicos de cometer violencia de tipo verbal que, según ellas, representa maltrato, agresión y hasta rechazo.

“En los hospitales las han tratado mal: les gritan, no les hacen caso y hasta les dicen cosas que las ofenden, yo creo que ellas también allá sufren violencia, no nomas acá en su casa” (Partera tradicional)

Lo que proponen las parteras para hacer frente a este problema de salud pública.

Al incidir sobre lo que ellas proponen a realizar ante la situación de violencia durante el embarazo o el parto, en el trabajo grupal las participantes consensuaron que comentar sus experiencias a las diferentes instituciones y organismos que inciden en este aspecto, les otorgaría elementos para poder realizar intervenciones en conjunto, y solicitaron tener voz y voto en la formulación de estas estrategias; asimismo, consideraron que con este procedimiento, estarían “más pegadas a lo que realmente pasa...”. Algunas parteras afirman que es más importante darles protección a su integridad personal y familiar que la capacitación sobre las acciones a realizar si deciden denunciar los casos, puntualizando el respeto a su libertad de decisión para

llevar a cabo la demanda o no, todo ello justificado en la dinámica de su comunidad, ya que en su experiencia, mencionan haber sufrido maltrato por parte del agresor y hasta rechazo por la sociedad.

“Una también corre peligro de que te maltraten o hasta te maten, porque pues... no se van a quedar a gusto de que yo demande, por eso nosotras que vemos esas cosas, queremos el apoyo y que vean cómo nos van a cuidar porque ¿de qué sirve que sepamos de eso si de todos modos no lo vamos a hacer por miedo?” (Partera tradicional).

Otro de los aspectos que ellas consideraron importante a realizar, es compartir sus experiencias personales con otras parteras, visualizado como un espacio que permitiría dar a conocer lo que es factible o no realizar en su condición de partera; por ejemplo, invitar a un tercero (familiar u otro miembro de la comunidad) con ellas, y señalan que este les servirá de testigo para hablar lo realizado por la partera.

Finalmente, las parteras sugieren la generación de redes de apoyo, así como grupos de trabajo entre ellas y otros miembros de la comunidad internos y externos, “los del centro de salud, el comisariado ejidal, al sacerdote, el instituto de las mujeres y alguien del ayuntamiento”, así se ampliarían las posibles soluciones a ofrecer a una mujer que víctima de violencia; pero, sobre todo, es importante reconocer el contexto donde vive la mujer (aspectos económicos, educativos y culturales).

“No es llevárselo a la cárcel y ya, eso no lo soluciona, al contrario, lo empeora; más bien deberían de darle trabajo al marido, ayudarlo a superar sus vicios y que dar becas para estudiar a sus hijos..... pues de otra manera seguirá lo mismo.” (Partera-enfermera).

Discusión

La violencia hacia la mujer, ha estado presente a través de los años, despertando recientemente un gran interés y debate en diferentes sectores de la sociedad nacionales e internacionales, que proponen cambios legislativos reorientados al abordaje de este problema de salud pública, y enfatizan en otros aspectos y actores presentes en la sociedad, elementos que podemos encontrar en los resultados de esta investigación.

En el caso particular de la violencia durante el embarazo y parto, se han desarrollado investigaciones dentro del sector salud, en los diferentes niveles de atención [10-14], en las cuales el objeto de estudio ha sido el vínculo que existe entre el personal de salud y la mujer que sufre violencia, así como la prevalencia y daño que le representa a la mujer embarazada; de esta manera concluyen algunas de ellas que el personal sanitario no percibe la violencia como un problema de salud, a pesar de señalar la importancia que ellos

tienen en la identificación de los casos. Al señalar las parteras que algunas mujeres embarazadas, al acudir a recibir atención en hospitales, sufren violencia por parte del personal de salud, estudios en México han descrito que es urgente reconocer que el abuso del personal de salud, es una práctica continua y naturalizada en las instituciones de este país [15].

En el ámbito local, en Jalisco, la “Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”, establece la creación de programas de capacitación para el personal del sector salud sobre violencia hacia las mujeres, que garanticen la atención de víctimas, detección y canalización a instituciones correspondientes, acciones de las cuales, la partera no se ha visto beneficiada, ni en capacitación o en vinculación con otros organismos e instituciones, que les permitan remitir a las mujeres que detectan con signos de violencia, situación que se hace evidente en los hallazgos de este trabajo, los cuales necesitan ser discutidos dentro de la estrecha relación política, social y cultural en que se ha visto envuelta esta práctica tradicional en los últimos años, no solo en Jalisco, sino también en gran parte del país [16].

Aun cuando para algunos, describir y reconocer el ejercicio de la partería, es volver atrás en los avances de la ciencia, se debe tomar en cuenta que actualmente organismos internacionales exhortan a los gobiernos a reconocer la partería, en el ámbito institucional y comunitario, como una profesión del área de la salud distinta, con el establecimiento de puestos dentro de políticas nacionales e incorporándola en los planes de salud materna y neonatal, de tal modo que pase a formar parte de los recursos humanos institucionales.

Estos mismos organismos consideran que el reconocer y profesionalizar la práctica de la partería garantiza un embarazo y parto saludable; pues, actualmente, más de una tercera parte de los partos tienen lugar sin la ayuda de una partera u otro profesional sanitario cualificado y solo una de cada tres mujeres rurales de las zonas en desarrollo recibe la atención necesaria. En México, hoy en día, no se cuenta con la capacidad para dar seguimiento e informar con precisión el número de parteras en ejercicio y condiciones en que ofrecen sus servicios, por lo que limitan la posibilidad de plantear objetivos estratégicos contra la violencia hacia la mujer [17].

Investigaciones internacionales hacen evidente la vitalidad y lucha de la partería por mantenerse como alternativa de atención durante el embarazo, parto y puerperio, en tanto es consultada por la población, a pesar de los avances en la atención convencional que el sector salud ofrece, y conservan su práctica y sistema de creencias al igual que de valores; asimismo, señalan la importancia que tiene el contexto donde ellas ejercen (aspectos económicos, culturales y de

género), y la renegociación de su identidad para ser reconocidas dentro del sector salud (estudiar enfermería y/o profesionalizarse) [18, 19].

En el ámbito nacional, trabajos realizados sobre partería en San Luis Potosí, Veracruz, Morelos y Puebla, analizan principalmente la iniciación en el ejercicio de la partería, evolución y forma de sobrevivencia ante la postura política a través del tiempo, características sociodemográficas, capacitación y vinculación u ocultamiento hacia el sistema de salud local; estos resaltan la sólida filiación cultural y social de la partera con la comunidad, además de los servicios tradicionales que otorgan, en el marco de atención primaria de la salud [20, 21].

Existen dos estudios que describen la percepción de la partera sobre factores de riesgo reproductivo y la experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo, pudiendo contrastar con estos, algunos de los hallazgos de esta investigación: en primer lugar, ambos estudios describen que la mayoría de las informantes, se han enfrentado en su práctica con mujeres maltratadas; en segundo término, destacan el nivel de confianza que existe por parte de la usuaria hacia la partera, y cómo esta actitud le permite romper limitaciones que impidan el diálogo, de igual manera hay similitud en los patrones para identificar mujeres con violencia; por ejemplo, ser “incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y la timidez”; finalmente, se refieren a la violencia física como la más común encontrada en su práctica [8, 22].

No sólo se trata de tener conocimiento de la experiencia y perspectiva de las parteras entrevistadas, sino también, considerar la complejidad y repercusiones que esto representa: barreras, adversidades y facilitadores, aspectos que deberán analizarse y debatirse con la posterior formulación de propuestas, que pretendan dar respuesta real a las necesidades de la población, sobre todo cuando existen localidades del Estado que viven en condiciones de pobreza o limitantes para su desarrollo social, que generan comportamientos y creencias que se comparten culturalmente entre las personas, los cuales ocasionan actitudes y hechos de violencia, de ahí que es importante considerar la capacitación a las parteras sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

En Jalisco, el hecho de continuar sin asumir una postura política clara sobre la situación y práctica de la partería, reducirá aún más las posibilidades para que una mujer, que vive con violencia durante el embarazo y es identificada por una partera, tenga el apoyo para su manejo adecuado, así como el otorgamiento de elementos y alternativas que intenten dar solución a su problema; además, se corre el riesgo de continuar con la clandestinidad de este oficio, que mantiene su sentido de abandono y menosprecio por el sector salud y otras instancias, cuando debería considerarse como

una reserva importante y valiosa en la atención en salud, de la que se beneficia principalmente la mujer que solo considera o tiene esta posibilidad de atención.

Es importante conocer y tomar en cuenta las características propias de las parteras, al formular las propuestas de intervención, entre ellas, sus conceptos, recursos, prácticas e ideas, además de lo elemental que le resulta el vivir en la misma comunidad de las personas que atiende, de tal modo que puede acceder a la historia de vida de cada una de las mujeres, con sus posibilidades y limitaciones para afrontar la violencia; pero, sobre todo, retomar su posicionamiento, liderazgo y capacidad de gestión que ejercen en la sociedad, condiciones favorables para acercarse a la intimidad de la mujer, lograr un nivel de confianza para expresar su vivencia y poder ambas plantear posibles soluciones (23).

Finalmente, hacer escuchar la voz de las parteras no solo revela una realidad conocida (pero que se ha documentado poco), sino también aporta elementos que alimentan el marco de análisis y debate para hacer reformas a nivel legislativo e institucional en la temática de violencia contra la mujer, lo cual permite afianzarla como problema de salud pública y de derecho; asimismo, de manera simultánea, permite la reestructuración de las acciones emprendidas hasta ahora, pero sobre todo, reconocer y valorar el papel que la partería en Jalisco está teniendo.

Los hallazgos del presente estudio deben valorarse con cautela por los lectores y considerar las características geográficas y culturales donde se desarrolló, por lo tanto, resulta útil extenderlo a otras zonas del Estado con características distintas; de igual manera, lo aquí expuesto está relacionado con las parteras participantes, y la temporalidad en que se llevó a cabo el trabajo de campo, de ahí la importancia de abordar a otros actores sociales: personal de salud, directivos y tomadores de decisiones; pero, sobre todo, a la mujer víctima de violencia, y tomar en cuenta la factibilidad y viabilidad para este propósito.

Referencias

- 1 Organización Panamericana de la Salud. De vuelta a los orígenes del nacimiento. (Internet). Centro de prensa. Vol. 6, No. 2; 2002. (Acceso 20 junio 2012). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish>
- 2 Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre partería. (Internet). Página Oficial; 2012 (Acceso 25 Junio de 2012). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/es/index.htm>
- 3 Naciones Unidas. Los objetivos de desarrollo del Milenio en acción. (Internet). Portal de la labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre los objetivos de desarrollo del milenio. (Acceso 15 febrero 2013). Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. (Internet). Centro de prensa. Nota descriptiva; No. 239; 2012 (Acceso el 06

- de febrero del 2012). Disponible en línea: <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs239/es/>
- 5 Rosas LE, González MA, Serrano L, Villaseñor ML. Guía para la atención de la violencia hacia las mujeres en Tlaquepaque. Instituto de las Mujeres en Tlaquepaque. México: Instituto de las Mujeres en Tlaquepaque; 2011. P. 11 - 12.
 - 6 Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. P. 65-75
 - 7 Secretaria de Salud, México. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación; 16 de abril de 2009. P. 12.
 - 8 Valdez R, Arenas L, Hernández I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Rev. Salud Pública de México 2004; 46: 56-63.
 - 9 Greimas J, Courtés J. Semiótica: diccionario razonado de la teoría del lenguaje. Madrid: Editorial Gredos. 1982. p. 474.
 - 10 Martínez JM. Importancia del Sistema Sanitario en la identificación de casos de violencia de género. Rev. Enfermería 2010; 4 (2): 19-23.
 - 11 Pérez MR, López GE, Ileon A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Rev. Acta Pediatr Mex 2008; 29 (5): 267-272.
 - 12 Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev. Saúde Pública 2004; 38 (1): 62-70.
 - 13 Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal en la atención a las mujeres maltratadas. Rev. Invest. educ. enferm 2001; 19 (1): 38-45.
 - 14 Vladislavovna S, Pánames V, Billings D, Torres LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la ciudad de México. Rev. Saúde Pública 2007; 41 (4): 582-590.
 - 15 Valdez R, Hidalgo E, Mojarro M, Arenas LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Revista CONAMED 2013; 18 (1): 14-20.
 - 16 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México. Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia; (Internet) Diario Oficial de la Federación; 2007 (Acceso 13 Mayo 2012). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVVLV.pdf>
 - 17 Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas. (Internet). Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2011 (Acceso Febrero 2012). Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es_SoWMy_Full.pdf.
 - 18 Zárate MS. De partera a matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. Rev. Calidad en la educación 2007; 27: 284-297.
 - 19 Porto F, Cardoso TC. La lucha de las parteras diplomadas por la práctica de la obstetricia en Rio de Janeiro (Brasil). Rev. Enfermería Global 2009; 15: 1-6.
 - 20 Pelcastre B, Villegas N, De Leon V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí México. Rev. Esc. Enferm USP 2005; 39 (4): 375-382.
 - 21 Mendoza MF, Flores OA, Azamar JS. Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México. Rev. Altepaktli 2005; 1 (1-2): 17-25.
 - 22 García C, Castañeda X, Romero, X, González D. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. Rev. Salud Pública de México 1993; 35: 74-84.
 - 23 Castañeda X. Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos. Rev. Salud Pública de México 1992; 34: 528-532.