

# **Interrupción del embarazo con medicamentos y parteras tradicionales en Chiapas. La rebeldía de ser indígena, pobre, mujer, partera, creyente y sororal**

Mtra. Geicel Llamileth Benítez Fuentes

Dra. Georgina Sánchez Ramírez

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.

Dentro de las prácticas más seguras para interrumpir un embarazo, actualmente 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.

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, 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.

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 a los abortos seguros 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 WHO<sup>1</sup> (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), además de contar con una de las más altas tasas de Muerte Materna de todo el país .

Diversas investigaciones han documentado que en el Sureste 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

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud en sus siglas en inglés WHO.

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 medicina<sup>2</sup>. Por tanto, se desconocen muchos aspectos sobre la atención a la salud que las parteras dan, incluido el uso de métodos modernos para interrumpir un embarazo no deseado.

A nivel mundial, existen algunas investigaciones (Singh et al., 2018; Sousa 2010, Shah, Ahman y Ortayli 2014; Fullerton, Butler y Aman, 2018; entre otros) 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

---

<sup>2</sup> Dado que no es el objetivo de esta investigación 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.

Ante ello, el objetivo de este estudio fue conocer el punto de vista de parteras de dos regiones del Chiapas (donde el aborto está penalizado) respecto a la interrupción del embarazo con medicamentos y establecer si ello puede contribuir a abrir las opciones para mejorar la salud reproductiva de mujeres en condiciones de vulnerabilidad, que requieran un aborto, garantizando su seguridad, e incrementar los argumentos sobre la conveniencia de su despenalización en todo el país.

Las parteras tradicionales tienen una serie de características que las hacen hermanarse con otras mujeres, ya sean dentro o fuera de sus comunidades, generando lazos de empatía necesarios para la atención del aborto seguro y voluntario. La cercanía geográfica, la disponibilidad de tiempo, el idioma, y el lenguaje oral y corporal de ellas hacia las mujeres que las buscan, generan relaciones de solidaridad y de secrecía, de tal manera que, cuando se despenalice el aborto en todo el territorio mexicano, las parteras tendrán que ser visibilizadas y reconocidas en su contribución para salvaguardar la vida de las mujeres en edad reproductiva, de manera cálida, segura y confidencial.

## **Metodología**

Esta investigación 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 (Fraisse, 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).

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.

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

Nombre	Edad	Escolaridad	Años ejerciendo la partería	Adquisición del conocimiento de la partería	Lengua materna	Religión
Doña Isabel	53 años	Primaria incompleta	20 años	Conocimiento heredado por la suegra	Tseltal	Católica
Doña Luz	63 años	Primaria incompleta	25 años	Conocimiento heredado por la hermana	Castellano	Católica
Doña Rosario	39 años	Primaria completa	16 años	Conocimiento adquirido a través de los sueños	Tsotsil	Rituales de la comdad.
Doña Josefina	47 años	Sin escolaridad	25 años	Atendió su propio parto "conocimiento empírico"	Tsotsil	Católica
Doña Antonia	36 años	Primaria incompleta	12 años	Conocimiento adquirido a través de los sueños y madre partera	Tsotsil	Católica
Doña Socorro	62 años	Preparatoria terminada	43 años	Conocimiento heredado por la abuela	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Gertrudis	66 años	Primaria incompleta	45 años	Conocimiento heredado por la madre	Castellano /Tojolabal	Católica
Doña Angelina	36 años	Secundaria completa	16 años	Conocimiento heredado por la madre	Castellano	Católica
Doña Lupita	57 años	Secundaria terminada	40 años	Conocimiento heredado de la madre	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Margarita	59 años	Primaria terminada	45 años	Conocimiento heredado de la abuela y la madre	Castellano /Tojolabal	Católica

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

## Resultados

Esta investigación partió de preguntas de investigación que consistían en saber ¿Cuál es la perspectiva de parteras tradicionales 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? De entre los resultados 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 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.

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 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, nos atrevemos 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: 1º 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 2º 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.