

**INVESTIGACIÓN ORIGINAL****Parteras tradicionales y abortos seguros en el sur de México hoy****Traditional Midwives and Safe Abortions in Southern Mexico Today**

**Geicel Llamileth Benítez Fuentes.** Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Email: resistencia88\_gy@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9819-0521>

**Georgina Sánchez-Ramírez.** El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal De las Casas Chiapas, México.

Email: gsanchez@ecosur.mx, <https://orcid.org/0000-0001-7916-5753>

**Recibido:** 2 de julio de 2024.

**Aceptado:** 15 de diciembre de 2025.

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

**DOI:** <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i3.2026.2878>

**Resumen**

Actualmente el aborto con medicamento (mifeprestona y misoprostol) se considera la práctica más segura para interrumpir un embarazo no deseado. Su principal ventaja es que no requiere de un espacio hospitalario y basta con personal capacitado, como las parteras empíricas, para realizarlo adecuadamente. Este estudio cualitativo muestra, a través de entrevistas, a 10 parteras tradicionales debidamente capacitadas por una asociación civil en la realización de abortos con medicamento, su pertinencia en el acompañamiento a mujeres que desean abortar en zonas de Chiapas, región muy empobrecida de México. Las parteras son mujeres con escasa escolaridad, creyentes de alguna religión cristiana, que cobran muy baratos sus servicios, y que, con profunda empatía, secrecía y solidaridad, utilizan adecuadamente los medicamentos para abortar con mujeres que las buscan desde diferentes zonas del estado, arriesgándose al estigma social y a la sanción legal, ya que el acceso al aborto en México es limitado, a pesar de los recientes cambios legislativos y jurídicos realizados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2022,<sup>12</sup> a la fecha, el aborto en el primer trimestre ha sido despenalizado en 25 de los 32 estados mexicanos, impactando con ello los derechos humanos de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. No obstante, este estudio muestra evidencias de cómo estas parteras acompañan con seguridad a mujeres que desean abortar, recuperando espacios de salud y autonomía femenina, independientemente de la postura del Estado Mexicano.

**Palabras clave:** parteras, aborto con medicamento, Chiapas

**Abstract**

Medication abortion, using mifepristone and misoprostol, is currently considered the safest method for terminating an unwanted pregnancy. Its primary clinical advantage is that it does not require a hospital setting; trained personnel, such as traditional midwives, are fully sufficient to manage the procedure safely. Through qualitative interviews with 10 trained traditional midwives working with a non-profit organization, this study evaluates the relevance of their role in accompanying women seeking abortions in Chiapas, an impoverished region of Mexico. These midwives are typically women with limited formal education and Christian religious beliefs. They offer highly affordable services characterized by deep empathy, confidentiality, and solidarity, safely administering abortifacient medications to women traveling from various areas across the state. In doing so, they brave social stigma and legal sanctions, as abortion access in Mexico remains structurally limited. This restriction persists despite recent legislative and judicial reforms enacted by the Supreme Court of Justice of the Nation in 2022. Although first-trimester abortion has now been decriminalized in 25 of the 32 Mexican states, access remains constrained, thereby infringing upon the human rights of women who choose to terminate a pregnancy. Ultimately, this study provides empirical evidence of how traditional midwives safely support women seeking abortions, reclaiming healthcare spaces and fostering female autonomy independently of the Mexican state's institutional stance.

**Keywords:** midwives, medication abortion, Chiapas



## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> define a la interrupción de la gestación o aborto, como la expulsión del embrión o el feto en cualquier etapa gestacional que no rebase las 22 semanas, y les clasifica en dos tipos: aborto espontáneo, es el que se presenta por causas fisiológicas y que obedece a problemas asociados a la salud general de las mujeres y el aborto inducido o provocado, que es realizado 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 (generalmente con los fármacos misoprostol y mifeprestona) y el aborto quirúrgico (el Aspirado Manual Endo Uterino o AMEU, además del legrado o raspado uterino, práctica ya considerada arcaica en sectores de medicina moderna). El aborto con medicamentos es, en la actualidad, una de las prácticas más seguras para interrumpir un embarazo no deseado. No requiere de un entorno hospitalario, sus costos son relativamente accesibles y, sobre todo, evita que las mujeres se expongan a procedimientos más invasivos, como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o el legrado. Además, este método tiene la ventaja de poder realizarse con mayor intimidad, lo que contribuye a una experiencia menos traumática para las mujeres<sup>4</sup> que lo realizan, por lo que se le reconoce como una forma de aborto seguro.

En contraste, el aborto inseguro —según la OMS—<sup>2</sup> es aquel que se lleva a cabo por personal no capacitado y en contextos carentes de condiciones sanitarias adecuadas. Este tipo de aborto representa un riesgo significativo para la salud y la vida de las mujeres en edad reproductiva. No obstante, para muchas mujeres que viven en condiciones de alta vulnerabilidad —como aquellas con bajos recursos económicos, menores de edad, sin redes de apoyo o pertenecientes a pueblos originarios— esta práctica se convierte en la única alternativa viable. La situación se agrava aún más en contextos donde el aborto está altamente estigmatizado por razones religiosas o sociales.

Por otro lado, la despenalización del aborto a nivel internacional ha sido ampliamente discutida dentro de múltiples debates incluyendo el de la

Conferencia de Población y Desarrollo Cairo 1995, en donde se expusieron los riesgos inminentes y las consecuencias de realizarse abortos en condiciones no legales e inseguras.<sup>5</sup>

En el caso de México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió en 2021 que no se debe criminalizar a las mujeres o personas gestantes por practicarse un aborto, ni a quienes las acompañen o brinden asistencia durante el proceso, incluyendo al personal sanitario. Sin embargo, esta resolución no ha sido adoptada de forma homogénea en todo el país: solo 25 de las 32 entidades federativas han eliminado las restricciones legales al aborto, mientras que el resto continúan regulándolo de manera discrecional conforme a sus respectivos códigos penales estatales. Esta disparidad implica una violación a los derechos sexuales y reproductivos, particularmente en perjuicio de mujeres en situación de precariedad: indígenas, niñas, adolescentes, migrantes y aquellas con bajos ingresos. Esta problemática ha sido documentada por Singh *et al.*<sup>6</sup> quienes sostienen que, en contextos como el mexicano, donde el aborto sigue rodeado de estigmas socioculturales y desinformación, el acceso a un aborto seguro con medicamentos se convierte en una cuestión de privilegio, más que en un derecho garantizado.

En México, la SCJN<sup>2</sup> determinó desde el año de 2021 que no se puede incriminar a mujer o persona gestante, por realizarse un aborto, ni tampoco al personal sanitario o quien sea que le acompañe o ayude a consumarlo, solo 25 de los 32 estados del país lo tienen sin alguna restricción legal, el resto lo siguen considerando de manera discrecional de acuerdo con sus códigos penales estatales a pesar de que con ello se quebrantan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, afectando de manera más fuerte a quienes están en condiciones de precariedad, como mujeres de escasos recursos económicos, indígenas, niñas, adolescentes.

La combinación utilizada para abortar con fármacos en México se encuentra disponibles en centros legales de apoyo al aborto seguro (en la Ciudad de México) y muy restringida en el resto del país. La ventaja de los abortos con medicamento de acuerdo con la OMS<sup>3</sup> es que puede ser administrado por personal sanitario

debidamente capacitado, como enfermeras, promotores de salud y parteras, lo que 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.<sup>7</sup>

Para el caso de esta investigación (que es parte de un estudio mayor)<sup>8</sup> el interés fue documentar el apoyo de parteras tradicionales<sup>9</sup> para interrumpir con medicamentos, en el estado de Chiapas (región del sur de México con fuertes rezagos donde se conjugan dos elementos que se mencionan como precondiciones para realizarse abortos en situaciones inseguras: por una parte, hay un gran estigma social sobre el aborto, y como segundo punto, 77.1% de su población total vive en condiciones de pobreza<sup>10</sup> con el añadido de que 31 de cada 100 partos son atendidos por parteras, a diferencia de lo que se refleja a nivel nacional, con 4 por cada 100 nacimientos.<sup>11</sup>

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,<sup>12,13</sup> muchas veces como una consecuencia de la falta de acceso a otros servicios de salud, en donde se conjugan además de la pobreza y precariedad de los sistemas de salud, el racismo y otras discriminaciones<sup>14</sup>.

No obstante, 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 (empírica-tradicional y profesionalizada) en México,<sup>15,16,17,18</sup> 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>19</sup>

Existen algunas investigaciones a nivel global<sup>20,21,22</sup> que han logrado documentar los estragos que ocasionan las medidas restringidas en torno al aborto, además de reconocer el papel que

las parteras tradicionales han tenido en la atención de abortos seguros en países no industrializados. En México solamente el trabajo de Castañeda y colaboradoras mencionan el papel de las parteras tradicionales en la interrupción de embarazos de manera no insegura.<sup>23</sup>

Por tanto, esta investigación indaga en parteras tradicionales entrevistadas de dos regiones de Chiapas, respecto a sus experiencias para interrumpir el embarazo con medicamentos, a pesar de que corren un riesgo ante la ley y frente a su entorno próximo (familiares, sociedad y servicios oficiales de salud) con la finalidad de documentar con evidencias otras opciones para mejorar la salud sexual y reproductiva de mujeres en condiciones de vulnerabilidad que requieran un aborto, garantizando su seguridad.

## Metodología

Se contaba con los contactos de organizaciones que trabajaban directamente con la asistencia para la interrupción libre y voluntaria del embarazo con medicamentos y la capacitación de parteras, se trazó una ruta de trabajo localizando a cinco parteras situadas en una región fronteriza con Guatemala que llamaremos A, y cinco más en la región alta del estado que llamaremos B, formando un total de diez participantes en esta investigación, quienes permitieron la grabación de sus experiencias en cuanto a su trabajo como parteras que conocen y utilizan medicamentos para la interrupción de embarazos no deseados, previo consentimiento informado. Para conocer estas prácticas desde un enfoque cualitativo, se les realizaron entrevistas semiestructuradas desde la perspectiva de la etnografía feminista.<sup>24</sup>

Esta investigación se planteó desde una perspectiva de género y salud, el cual es una de las consecuencias más loables del impacto de las teorías feministas en la academia<sup>25</sup> y agregaríamos que en la sanidad a nivel mundial también, ya que este enfoque ha posibilitado los análisis que evidencian las diferencias pero también las desigualdades de sanar y enfermar entre hombres y mujeres y todas sus intersecciones (edad, clase, etnia, religión, escolaridad, entre otros) 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.<sup>26</sup> Tanto el uso de etnografía feminista, el abordaje desde la perspectiva de género y salud y el análisis de diversas intersecciones, permitieron a las autoras realizar una investigación con y para mujeres, con la intencionalidad de contribuir a la transformación social de problemas de salud injustos, innecesarios y evitables, que en sí mismo no son una patología, pero que como resultado del sistema patriarcal de control del cuerpo sobre las mujeres con un modelo androcéntrico hegemónico de medicina, vulneran su derecho a decidir sobre el aborto.

Para fines de salvaguardar a las parteras tradicionales, las entrevistas realizadas se hicieron personalmente, en sus espacios de trabajo (generalmente sus hogares) y dado que la práctica del aborto está altamente estigmatiza y con cierta punibilidad en Chiapas, los nombres fueron cambiados y su ubicación exacta omitida. Como parte del proceso inicial, se solicitó a las participantes un consentimiento informado por escrito. El trabajo de campo se realizó de marzo a julio de 2018, y consideramos pertinente que a 5 años de haberlo realizado, necesitábamos corroborar qué tanto han cambiado las condiciones para que las parteras de estas regiones sigan teniendo acceso a los medicamentos y a la capacitación si fuera el caso, esto, dado el estado de violencia que se ha exacerbado en los últimos dos años por el crimen organizado en esta entidad federativa, y si bien, se han realizado algunos cambios en la logística de distribución y

capacitación en torno al aborto con medicamentos, no se ha cejado en dicha práctica segura y accesible para las mujeres de la región, como detallaremos más adelante.

Para el caso de este artículo se seleccionaron las siguientes categorías de la investigación: 1) ¿Cómo aprendió a realizar el aborto con medicamento? y 2) el qué dirán de su ayuda.

### Población de estudio

Las entrevistadas pertenecen a una red de parteras capacitadas para realizar abortos con medicamentos de una organización no gubernamental (cuyo nombre tampoco puede revelarse). Ellas cobran muy barato o incluso no cobran sus servicios, dependiendo de su propio criterio en cuanto a posibilidades de las mujeres que acuden a ellas, (desde niñas embarazadas hasta mujeres con muchos hijos). Además de realizar abortos con medicamento, las entrevistadas realizan todo lo correspondiente al arte de partear (cuidados del embarazo, parto, postparto, atención de los bebés, anticoncepción, entre otros)

A continuación, en la tabla 1, se muestran los datos generales de las parteras participantes, donde se puede apreciar sus muchos años de experiencia profesional; sus orígenes, los muy particulares caminos de formación, incluso a través de los sueños como lo han mencionado otras autoras,<sup>13,14</sup> y sus creencias religiosas.

**Tabla 1. Características generales de la población de estudio**

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

**Fuente:** elaboración propia con base en el trabajo de campo

## Resultados

En países como México y otros de América Latina, la profesión de partería no goza en la actualidad de suficiente prestigio<sup>27</sup> y sus condiciones se han precarizado en diversas partes del mundo, como lo menciona el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en su informe del estado de las parteras en el mundo;<sup>28</sup> ante ello, se indagó sobre cómo es que dentro de contextos adversos para ejercer la partería, estas mujeres entrevistadas, aprendieron a realizar interrupciones con medicamentos de manera adecuada.

*Doña Luz (Región B): mi hermana sí lo hacía pero nunca me platicó, entonces yo empecé a trabajar y me empieza a llegar gente así para interrupción del embarazo, en ese tiempo no se llamaba interrupción, se llamaba aborto o que quiero pasarlo... 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 3 USD el kit<sup>29</sup> 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 son por parte de la asociación civil.*

Este es un ejemplo de lo que la OMS está buscando para combatir la morbilidad-maternal derivada de abortos inseguros,<sup>3</sup> la adecuada capacitación de personal considerado no médico, sin espacios hospitalarios, pero que actúen adecuadamente en interrupciones que garanticen la seguridad del aborto, con mínimos márgenes de error, a la vez que, para las parteras tradicionales, hay mayor certeza en el procedimiento, amalgamándose el uso de fármacos modernos con sus conocimientos previos.

*Josefina (Región B): me buscaron aquí en mi casa, entonces me empezaron a hablar sobre eso aborto 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 de las medicinas, 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.*

Esta partera narra cómo se apropió del aprendizaje de una manera muy fácil a pesar de no manejar la lectoescritura, lo cual enfatiza la importancia de capacitaciones adecuadas, que derriban mitos en el país de que las parteras rurales o indígenas y analfabetas, pueden poner en riesgo la vida de una mujer que acude a abortar con ellas en clara confrontación con estudios realizados en México.<sup>30,31,32</sup>

Para el caso de la Región A, se pudo detectar cómo la transmisión de conocimientos por genealogía femenina se preserva enriqueciéndose con conocimientos más moderno de madres a hijas.

*Angelina (Región A): 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... 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.*

A su vez, muchas mujeres son señaladas negativamente en sus propias comunidades si desean abortar y buscan ayuda con las parteras de otras zonas. Tanto en la Región A como en la Región B, las parteras mencionaron que atienden mujeres de diferentes lugares, lejos y cerca, nacionales e inmigrantes.

No obstante, las parteras también se ven expuestas al qué dirán de su ayuda para con las mujeres que desean abortar. Esta categoría está relacionada con el estigma, mismo que se ha mencionado en otros estudios,<sup>14,21,33</sup> como una barrera social que etiqueta de manera peyorativa tanto a las parteras que interrumpen embarazos como a las mujeres que acuden a ellas. Esto también fue mencionado por parteras entrevistadas, a excepción de lo que ocurre en zonas autónomas<sup>34</sup> donde se puede apreciar el profundo respeto que se tiene en cuanto a las decisiones tanto de las parteras como sobre la salud de las mujeres.

*Rosario (Región B): Hasta ahorita no he tenido problemas con nadie por ayudar a las mujeres a abortar, aquí en mi comunidad tenemos*

*necesidad pues, entonces no hay problema, además aquí en mi comunidad es autónoma, entonces si 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.

Al contrario, en las zonas no autónomas, en muchas ocasiones, tienen que guardar la absoluta secrecía en cuanto a la atención de abortos, entre parteras, con su propia familia y el entorno en general, para no ser señaladas negativamente.

Doña Luz (Región B): *Es un tema cerrado, ... donde yo empecé a escuchar del aborto 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? – les pregunté a las otras parteras –Cuándo llegue tal persona, yo tengo medicamento.*

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 abra paso al diálogo. La interacción de las parteras favorece distintas formas de actuar y de pensar. Esto no es fácil en el tema del aborto, porque no todas hablan al respeto por ser un tema “cerrado”, cargado del peso social o estigma.

Gertrudis (Región A): *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 hasta con la ley.*

De cualquier manera, ellas se protegen al guardar la secrecía de lo qué hacen, de quiénes lo hacen y de a quién lo hacen, porque saben que la ley en Chiapas sigue siendo amenazante en términos legales sobre el aborto, aunado a la mirada discriminatoria e infantilizante que sobre las

parteras tradicionales tienen la mayoría del personal de los servicios de salud en Chiapas.<sup>11,13,16</sup>

## Consideraciones finales

Se puede observar que las parteras entrevistadas reconocen la capacidad que tienen para apropiarse de nuevos conocimientos para ofrecer una mejor atención. Esto está en consonancia con lo que desde “El estado de las parteras en el mundo”<sup>26</sup> 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, al igual que las parteras entrevistadas en nuestra investigación.

En este estudio, 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. Pudimos volver a hacer contacto con promotores de la organización civil que principalmente les abastece el medicamento y les da la capacitación, y ante nuestra duda, de si esto se estaba viendo afectado porque actualmente el crimen organizado en Chiapas muchas veces realiza bloqueos carreteros impidiendo la comunicación, se nos informó que lo que ahora hacen es que les entregan de manera más espaciada los kits, pero en mayor volumen (para que les alcance por un tiempo determinado) aunque los van pagando poco a poco (al comprarlos por ejemplo de 10 en 10).

La forma en la que se los hacen llegar es por paquetería en transporte público cada que hay paso, y el pago lo hacen por transferencias. Esta es otra muestra más de la gran habilidad de las parteras para adaptarse a los cambios y a los inconvenientes que el contexto les plantea; y si bien las capacitaciones ya son más esporádicas y en lugares de más fácil acceso geográfico, la organización civil, tampoco ha dejado desprovistas a las zonas; sabedoras de que la necesidad de interrumpir embarazos no deseados de manera segura es un goteo constante de la realidad de las mujeres en edad reproductiva.

Otro elemento a destacar es que en la Región B 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 A, pero las recientes investigaciones 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.<sup>7,35,36</sup>

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<sup>25,37</sup> y de manera puntual, en este trabajo, 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 Secretaría de Salud tampoco les brinden esta calidad de capacitación; y no conozcan este tipo de procedimientos?, ¿Es posible que la mayor barrera sea que la ley y la cultura aún sancionan 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.

El enfoque de género y salud nos permitió enmarcar con claridad que más allá de la necesidad de 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 y en lo que a nivel federal el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud ha estado trabajando arduamente desde el año de 2022<sup>38</sup> para implementar un lineamiento técnico de aborto seguro en el país, pero desafortunadamente no hay una clara estrategia de disseminación de las buenas prácticas y se resisten a reconocer otras opciones de atención a la salud sexual y reproductiva, en este caso reconocer que las parteras tradicionales

de las zonas estudiadas, están bien 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, un jaque a investigaciones que dudan seriamente de sus capacidades para realizar abortos seguros<sup>27,28,29</sup> ya que los realizan con bastante éxito, aportando más evidencias de aborto seguro con medicamento de acuerdo con la OMS<sup>2</sup> y que se está documentando cada vez con mayores evidencias empíricas en regiones donde el aborto está penalizado o altamente estigmatizado.<sup>31,32,39</sup>

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.<sup>13</sup> 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, por tanto, no solo es deseable, viable y necesaria la capacitación de las parteras en la correcta realización de abortos inducidos con medicamentos en el país, sino que en esta investigación se demuestra, al igual que en los estudios citados con antelación,<sup>3,19,20,32</sup> que es posible, seguro y muy necesario, sobre todo para las mujeres que se encuentran en regiones con diversas precariedades del país, recuperando además espacios de salud entre mujeres, seguros, íntimos y confiables. Ello debe contribuir también a redignificar el valiente papel de las parteras en México en la época contemporánea.

## Referencias

1. Suprema Corte de Justicia de la Nación 2021 Acción de inconstitucionalidad 148/202.
2. Suprema Corte de Justicia de la Nación 2023. Amparo en revisión 267/2023.
3. World Health Organization (WHO). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva Internet. 2012 consultado 20 Marzo 2019; Second edition: 16 (1). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1)

4. World Health Organization (WHO). Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva Internet. September 2015 consultado 20 Marzo 2019; disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/9789241549264\\_eng.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/9789241549264_eng.pdf)
5. Galdos Susana. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev. Peruana de Salud Internet 2013 consultado 25 Enero 2019; 30 (4): 455. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014)
6. Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok y Onda Tsuyoshi. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute internet 2018 consultado 13 Dic 2019; 14 (5). Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
7. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2019; 126 (6): 1-7.
- 8<sup>1ª</sup>. Autora. Parteras tradicionales e interrupción del embarazo con medicamentos en dos regiones de Chiapas. Una contribución a la salud de las mujeres. Tesis de Maestría Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales. Junio de 2019. San Cristóbal de Las Casas Chiapas. IEI-UNACH.
9. Las 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” y aprendidos con la práctica... 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 tradicional capacitada” 11 (p.140)
10. Consejo Nacional de Evaluación. Medición de pobreza 2008-2018, Chiapas. Consultado en Julio de 2020: Disponible en [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/PublishingImages/Pobreza\\_2018/Serie\\_2008-2018.jpg](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chiapas/PublishingImages/Pobreza_2018/Serie_2008-2018.jpg)
11. Secretaría de Salud página electrónica Informe semanal de vigilancia epidemiológica. Muerte Materna. México, City: Subsecretaría de Promoción de la Salud; 2020 Consultado el 21 de octubre 2020. Disponible en: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/532998/MM\\_2020\\_SE06.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/532998/MM_2020_SE06.pdf)
- 12<sup>a</sup>. Autora. Imagen Instantánea de la Partería. (compiladora) ECOSUR/ Asociación Mexicana de Partería. San Cristóbal de Las Casas. 2015.
13. Gómez García Irazú. Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud. Tesis de Maestría en Antropología Social (UNAM)/ CIMSUR. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 2017.
14. Berrio, Lina. Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas. Revista Género y Salud en Cifras. 2015; 13 (12): 4-12.
15. Laako H. & 2<sup>a</sup>. Autora. Midwives in Mexico Situated Politics, Politically Situated. New York. Routledge 2021.
16. Sánchez-Ramírez, Georgina. Espacios para parir diferente, un acercamiento a Casas de Parto en México. Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de las Casas: ECOSUR; 2016.
17. Freyermuth Graciela (Coordinadora). 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia. Primera edición. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ciudad de México; 2015.
18. Sesia, Paola y Berrio, Lina. (2023) Situación actual de la partería en seis estados de México. Informe Ejecutivo. CIESAS/ CONAHCYT consultado 17 May. 2024; Disponible en: <https://omm.org.mx/blog/situacion-actual-de-la-parteria-indigena-en-seis-estados-de-mexico/>
19. Para más información, se sugiere consultar la extensa obra de especialistas en el tema de partería en México como: Ana María Carrillo, Hilda Argüello, 2<sup>a</sup>. autora, Graciela Freyermuth, Ana Cristina Rosado, Lina Berrio, Paola Sesio, Hanna Laako, Florinda Riker, entre otras.
20. Shah, Iqbal, Elisabeth Ahman y Nuriye Ortayli. Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). En Contraception Internet 2012 consultado 16 Dic. 2019; 90 (16): 39-48. Disponible en: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(14\)00155-3/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(14)00155-3/pdf)

- 21Fullerton, Judith, Michelle Butler, Cheryl Aman, Tobi Reid and Melanie Dowler. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. En *Int J Womens Health Internet* 2018consultado 12 de mayo de2019; 10 (17): 751-762. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260173/>
- 22Barnard, Sharmani, Kim Caron, Park Min, Ngo Thoi. Doctors or mid-level providers for abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews Internet* 2015 consultado el 17 de marzo 2019; Issue 7 (18): 3-39. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011242.pub2/epdf/full>
- 23Castañeda, Xóchitl, Deborah Billings y Julia Blanco. Abortion Beliefs and Practices. Among Midwives (Parteras) in a Rural Mexican Township. en *Women & Health Internet* 2003 consultado 15 enero 2019; 37 (19): 73-87.
- 24Castañeda Salgado, Martha Patricia. Metodología de la investigación feminista.En Norma Blazquez Graf, Fátima Flores Palacios, Maribel Ríos Everardo/ Coordinadoras. *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*.Fundación Guatemala:Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2010. 217- 238.
- 25Fraisie, Geneviève. Los excesos del género. Concepto, imagen, desnudez. Colecc. Feminismos. Cátedra. Madrid.2016.
- 262ª. Autora. 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*. 2010; 5 (22): 379-403.
- 272ª. Autora. y Laako H. Parterías de América Latina. Diferentes territorios, mismas batallas. ECOSUR.2018.
- 28Fondo de Población de Las Naciones Unidas. El estado de las parteras en el mundo. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. En NY UNFPA/International Confederation of Midwives/WHO Internet 2014 Consultado el 19 de febrero de 2018 Disponible en:[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014\\_complete-Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf)
- 29Se refiere a los insumos farmacológicos que reciben las parteras para la asistencia de aborto seguro hasta antes de las 12 semanas de gestación (Misoprostol, Mifeprestona, prueba de embarazo, ibuprofeno y toallasanitarias y guía de aplicación avalada por la OMS3). El costo es muy económico porque se los proporciona la asociación civil, ya que en farmacias y hospitales es mucho más elevado el precio de dicho tratamiento.
- 30Sousa, Angélica, Rafael Lozano y Emmanuela Gakidou.Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. En *Health Policy and Planning Internet* 2010 Consultado 11 de Dic 2017; 25 (25): 300-310. Disponible en:<https://academic.oup.com/heapol/article/25/4/300/556788>
- 31Juárez F, Bankole A, Palma JL. Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLoS One*.2019. 14(12):1–22.
- 32Hernández-Rosete, Daniel y Estrada, Rocío. Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México. *Cad. Saúde Pública Internet* 2019 Consultado 20 de julio de 2020; 35(3): 1-11. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00046218/es>
- 33Laako Hanna and 2ª. Autora.Midwives in Mexico. Situated Politics, Politically Situated. New York, Routledge, 2021.
- 34En Chiapas, las comunidades autónomas se encuentran consideradas dentro del territorio zapatista lo que implica que tienen leyes, normas y prácticas propias, más relacionados con el bien común.
- 35Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perritt J, Atrio JM, Taylor DS, et al. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*.101(6); 2020. p.361–366.
- 36Veldhuis, Suzanne, 2ª. Autoray Darney, Blair. Velamos por su seguridad. En Sánchez-Ramírez, G. y Veldhuis S. Coordinadoras *Realidades y Retos del aborto con medicamento en México*. México. ECOSUR/IPAS 2022.Disponible en <https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2022/03/Realidades-y-retos-del-aborto-con-medicamentos-en-Mexico.pdf>
- 37Jordan, Brigitte. Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Cuarta edición. Waveland Press. Inc. Long Grove. Illinois;1993.

38Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México. Disponible en

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>

39Veldhuis Suzanne, 2ª. Autora & Darney Blair. "Becoming the woman she wishes you to be": A qualitative study exploring the experiences of medication abortion acompañantes in three regions in Mexico. *Contraception*. 2022 Feb;106:39-44. doi: 10.1016/j.contraception.2021.10.005. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34742716.



**Social Medicine**  
Health For All

**ISSN: 1557-7112**