

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Centro Universitario Ignaciano

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Programa de Apoyo e Inserción con Poblaciones Rurales



2B01 Inserción de Verano con Poblaciones Vulnerables

“Trabajo con las mujeres de la Casa de la Mujer Ixim Antsetic en Palenque, Chiapas”

PRESENTAN

Lic. en Psicología. Karen Alondra Olivares Medina

Lic. en Psicología. Margarita de Anda Vargas

Profesor PAP: José Martín del Campo y Elsa Ivette Jiménez

Tlaquepaque, Jalisco, agosto del 2016

Índice

ÍNDICE	2
PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	3
RESUMEN.....	4
I. ANÁLISIS SOCIAL.....	5
A) INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	5
B) CONTEXTO LOCAL	7
LA ORGANIZACIÓN	8
C) PERTINENCIA Y APORTE DEL PRODUCTO	9
II. METODOLOGÍA DE LA PLANEACIÓN DEL PRODUCTO.....	10
A) FUNDAMENTACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	11
METAS	11
METODOLOGÍA.....	11
B) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12
C) RECURSOS.....	13
D) RESULTADOS	13
REFERENCIAS.....	14
ANEXO 1: PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN	15

Presentación Institucional

Los Proyectos de Aplicación Profesional son una modalidad educativa del ITESO en la que los estudiantes aplican sus saberes y competencias socio-profesionales a través del desarrollo de un proyecto en un escenario real para plantear soluciones o resolver problemas del entorno. Se orientan a formar para la vida, a los estudiantes, en el ejercicio de una profesión socialmente pertinente.

A través del PAP los alumnos acreditan el servicio social, y la opción terminal, en tanto sus actividades contribuyan de manera significativa al escenario en el que se desarrolla el proyecto, y sus aprendizajes, reflexiones y aportes sean documentados en un reporte como el presente.

Resumen

De las siguientes palabras, ideas, e interpretaciones, se logra un acercamiento a la realidad de las mujeres indígenas de Chiapas, en el tema de violencia de género. Por medio de una investigación cualitativa, En colaboración con Casa de la Mujer, Ixim Antsetic. Se recoge la voz de las propias actoras, que vivencian estas experiencias en donde la violencia institucional y violencia obstétrica resuena en esta región del país.

I. Análisis Social

a) Introducción al problema

La Violencia Basada en el Género ha sido reconocida como un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, para el que no existe una solución sencilla o única; al contrario, es una cuestión que debe abordarse desde varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente. La violencia hacia las mujeres es una de estas formas de violencia basada en el género, producto de relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres.

La violencia hacia las mujeres es a su vez una variante de la violencia estructural que divide a los grupos humanos en favorecidos y desfavorecidos, porque está basada en una estructura social que segrega o diferencia las actividades que realizan los hombres y las mujeres, otorgándoles valoraciones desiguales en la jerarquía de puestos, poder, recursos y decisiones. El resultado de esta desigualdad de género es la discriminación sistemática de las mujeres. a nivel de la estructura familiar, el aislamiento de mujeres debido a la migración reciente y el carecer de amigas, familiares, vecinas/os, o conocidos en quienes puedan confiar, propician situaciones que incrementan el riesgo de ser presas de la violencia en cualesquiera de sus variantes (ONU Mujeres, 2012). Las mujeres que no cuentan con ingresos propios o no gozan de cierta autonomía económica; y las que no tienen acceso a información sobre los servicios de atención ni conocen las instancias que pueden apoyarlas, son también las más vulnerables a situaciones de violencia a causa de subordinación.

Existen distintas formas de tipificar la violencia, que suelen variar de acuerdo con las y los autores. A continuación, se presentan algunos tipos de violencia, que consideramos pertinentes de presentar. Estas descripciones son tomadas de dos documentos, uno de ellos es una publicación de la Red Nacional de Refugios (2014) y el otro, un manual sobre la violencia de género de la Junta de Andalucía (2016).

- **Violencia psicológica:** Incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produce en la mujer una desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones, exigencias de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilizarían, o limitaciones de su ámbito de libertad, inducido por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
- **Violencia física:** Es cualquier contacto no deseado con el cuerpo de la mujer. Con el riesgo de producir lesiones físicas o daño, ejercida por quien sea.

- **Violencia económica:** Consiste en el control o restricción del dinero o bienes materiales, como forma de dominación o castigo.
- **Violencia patrimonial:** Acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violencia sexual:** Acto verbal o físico con connotaciones sexuales que se realizan contra cualquier persona sin su consentimiento, que vulnera su libertad y daña su desarrollo psicosexual, que le genera inseguridad, sometimiento y frustración.

Por ejemplo, las mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, que sufrieron al menos un incidente por parte de su pareja en 2006 fue de 28.2%; según el tipo de violencia se clasifica con 22.3 % ha sido víctima emocional, 11.2% de violencia económica, 7.7% de violencia física y 3.4% de violencia sexual (SIGECH y SEDEM, 2014).

Hasta aquí, son los tipos de violencia que se encuentran con mayor frecuencia en los trabajos relacionados a las problemáticas de género. Existen otros dos tipos de violencia que son particularmente interesantes para éste trabajo, por su vinculación con algunas experiencias del contexto en el que se realizó la investigación.

- **Violencia institucional:** Actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. (Junta de Andalucía, 2016).
- **Violencia obstétrica:** Es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente, en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre los cuerpos y los procesos de reproducción de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente - aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos productivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención a la salud sexual, embarazo, parto y postparto. (Red Bioética-UNESCO, 2013).

b) Contexto local

Chiapas tiene una población de 4, 796,580 habitantes, el 50.9% son mujeres y el 49.1% son hombres. La capital del estado es Tuxtla Gutiérrez, que concentra aproximadamente a la octava parte de la población chiapaneca. En total son 4.796 580 habitantes. Más de la mitad de la población vive en zonas rurales con infraestructura limitada, lo cual dificulta el acceso a los recursos y servicios de primera necesidad (alimentos, medicinas, vacunas, escuelas, etc.).

Este estado se encuentra dentro de las primeras cinco entidades del país que cuentan con el mayor número de población de habla indígena, donde sólo el 66.2% tiene como lengua materna el español. Los principales idiomas en Chiapas son el Tzeltal, Tzotzil, Ch'ol, Zoque y Tojolabal.

De acuerdo con INEGI (2014), en Chiapas las mujeres representan el 50.87% de la población, en donde la mayoría habita en zonas rurales. Las problemáticas de esta población femenina se relacionan con la Violencia Institucional y Obstétrica, a partir de la falta de salud, ya que la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte y se ve reflejado en las cifras estadísticas (8.7% en 2007 a comparación con el 5.6 a nivel nacional). Además, en relación con la salud sexual y reproductiva, las muertes más comunes son por cáncer cervicouterino y cáncer mamario que no es detectado ni atendido, debido a falta de información y a la falta de un tratamiento adecuado. A la par con un alto número de embarazos en jóvenes (entre 12 a 19 años con al menos un hija/o nacido vivo, que equivale al 8.6% en contraste con 7.1% nacional).

Otras áreas en la que se puede ver reflejada la violencia de género, es escolar y laboral. Sobre la asistencia escolar, el porcentaje de mujeres (87%) es un poco más baja a comparación con el de los hombres (92%). Estas cifras se han ido poniendo a la par ya que actualmente se han flexibilizado los roles que pueden desempeñar las mujeres en el contexto chiapaneco. Se ha venido disolviendo la idea de que no es necesario para las mujeres el estudio, debido a los otros proyectos que se piensan para ellas, como el ser madre, cuidadora y ama de casa únicamente. En condiciones laborales y post- laborales se encuentra una cifra elevada que muestra problemas de inequidad en la tasa de jubilación, que para 2009 es de 1.8% para mujeres y 27% hombres. Relacionado con la Violencia Económica, se pone de relieve que la participación laboral de las mujeres, no suele ser remunerada en la mayoría de los casos por actividades como limpieza del hogar, realizar comida, cuidado de hijo/as, que es el rol social que desempeñan y ha sido asignado por el género (INEGI, 2014).

En respuesta a estas problemáticas surgen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) que proporcionan apoyo e información a las mujeres a nivel nacional y municipal, como Secretaria para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres (SEDEM), Instituto Nacional de Mujeres (Inmujeres), Centro de Derechos de la mujer de Chiapas A.C y Fortaleza de la Mujer Maya A.C (FOMMA).

Algunos de los resultados que se han obtenido a partir de estas organizaciones e instituciones puede verse reflejado a nivel estatal con el aumento en la asistencia escolar en las mujeres de 78% a 86% entre 2000-2005, en el área laboral el porcentaje de la población ocupada en el sector gobierno es casi igual entre hombres y mujeres, y de han denunciado casos de violencia.

Sin embargo, esto no quiere decir que la equidad de género en cuanto a la participación y toma de decisiones se da por hecho en todas las comunidades. La asistencia de mujeres a las asambleas generales, por ejemplo, no se da de manera generalizada. Sigue siendo marcada la mayoría de participación por parte de hombres, y en algunos casos no se deja entrar a las mujeres. Aunado a la falta de información sobre sus derechos en el ámbito agrario y territorial.

La organización

Ixim Antsetic trabaja principalmente en temas de salud, desarrollo humano, género, derechos humanos, desarrollo sostenible y participación y organización comunitaria. CAM le apuesta al trabajo en estos ejes como una manera de desarrollar un proyecto integral que permita implementar apoyos y propuestas que ayuden principalmente a mujeres de la región, a la resolución de problemáticas con las que se enfrentan.

Junto con el Observatorio Ciudadano por el Derecho a la Salud y el Comité de Maternidad Segura, CAM trabaja en la exigibilidad del derecho a la salud presionando a las instituciones públicas para que vayan corrigiendo negligencias en materia de salud, específicamente en salud sexual y reproductiva. Para el CAM, es de suma importancia apoyar a quien recurra a sus servicios, ya que los organismos públicos, quienes tienen la obligación de garantizarlos, funcionan de manera muy deficiente. Además, trabaja en conjunto con la Red de Multiplicadoras para fortalecer la vigilancia de los cumplimientos en dicha materia.

En el tema de desarrollo humano, CAM se enfoca en ampliar las capacidades de las personas para que, a través del acceso a la salud, educación y el control de sus recursos logren un nivel de vida digno. En el enfoque de género, eje principal de la organización, Casa de la Mujer busca la transformación de las relaciones de género pero también la interseccionalidad de clase

y de etnia viendo que en estas relaciones de poder es donde se ubica un alto índice de afectaciones hacia la mujer.

En el tema de desarrollo humano, CAM se enfoca en ampliar las capacidades de las personas para que, a través del acceso a la salud, educación y el control de sus recursos logren un nivel de vida digno. En el enfoque de género, eje principal de la organización, Casa de la Mujer busca la transformación de las relaciones de género, considerando la interseccionalidad de clase y de etnia identificando que en estas relaciones de poder es donde se ubica un alto índice de afectaciones hacia la mujer.

En el tema de derechos humanos, la organización promueve los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, considerando su garantía como la forma de llegar a la dignidad de los pueblos y las personas. El desarrollo sostenible propuesto por CAM se centra en su mayoría en la soberanía alimentaria de las comunidades y la autonomía económica de las familias, con base en el respeto al medio ambiente y la producción de sus propios alimentos.

El enfoque de participación y organización comunitaria, que se ha convertido en el tema prioritario de CAM se plantea desde un enfoque de género, pensando en cambiar ciertas actitudes en las comunidades y ejidos para que las mujeres tengan una plena participación y sean visibles en espacios colectivos. Una de las mayores propuestas es hacer alianzas con las autoridades comunitarias para demostrar la importancia de que las mujeres puedan participar y sus opiniones sean valoradas y, de esta forma, poder tener trabajos más organizados y consolidados.

c) Pertinencia y aporte del producto

Nuestro producto consiste, en la elaboración de un escrito en el que se recupera la experiencia que han tenido algunas mujeres de comunidades de Palenque, Chiapas en relación con la atención a su salud. Siendo más puntuales las diferencias entre la medicina tradicional y la occidental.

Las personas beneficiadas por dicho producto, son principalmente la misma organización, es decir, CAM, ya que les ayudará a tener un panorama sobre cómo se viven estas mujeres de las comunidades aledañas a Palenque. A partir de ahí, elaborar algún plan de acción con miras a recuperar la medicina tradicional, ya sea mediante pláticas, talleres y cooperativas.

En Casa de la Mujer, CAM, uno de los temas a los que se han enfocado a sido la atención a la salud a las mujeres, debido a que dicha atención en las comunidades es deficiente y en los hospitales de gobierno. Además, busca conocer desde la raíz y adentrándose en la forma de vida de las mujeres, más allá de un servicio asistencialista, tiene el objetivo de crear espacios donde las mujeres puedan ser autosuficientes al recuperar sus propios saberes. En este sentido, nuestro trabajo busca ser un aporte para los proyectos en curso y venideros.

Las comunidades a las que asistimos nos fueron asignadas, puesto que son espacios que la organización no ha podido conocer con tanto detenimiento. Se aprovechó nuestra estancia en la zona para que el CAM mantuviese su presencia y relación con éstas comunidades. Por ello, el enfoque de nuestra investigación fue conversar con las mujeres de manera informal, es decir, entrevistas semiestructuradas, cuyo interés se centró en conocer las cuestiones en torno al tema de salud.

II. Metodología de la planeación del producto

a) Fundamentación

En Casa de la Mujer la promoción del derecho a la salud ha sido uno de los ejes principales. Han caminado desde hace 18 años acompañando a muchas mujeres en el proceso de salud-enfermedad, en muchas ocasiones se ha logrado salir victoriosas, en otras tantas el desenlace ha sido inevitable.

En Casa de la Mujer, se reconoce que, en México, y especialmente en Chiapas, los servicios de salud son deficientes. Según sus investigaciones, mientras la OMS refiere que debe haber al menos 2.3 médicos por cada 1000 habitantes, en Chiapas hay 0.93 médicos por cada 1000 habitantes, son inaccesibles porque muchas mujeres tienen que trasladarse hasta 4 horas (caminando, o en transporte público) para poder recibir atención médica. Son de mala calidad, difícilmente se cuenta con recursos humanos suficientes y bien capacitados, ni con los insumos adecuados para satisfacer las necesidades de salud (SIDESH, 2014).

Respondiendo a esta lectura que hace la organización sobre el contexto en Chiapas, surge el interés en que nosotras como psicólogas nos acercáramos a las mujeres de la región norte y el centro, como Chivaltik, Suclumpá, Agua Fría y Plan de Ayala, donde ellas no han podido visitar con detenimiento. Para ser como sus ojos y oídos en el tema de atención a la salud. Es así como surge la oportunidad de realizar una investigación para intentar tener un panorama más claro en estas cuestiones.

Objetivo general

Presentar la problemática desde la voz de las propias mujeres de las comunidades de Palenque, con las que conversamos. Para que la organización conozca y tenga más claro la línea de acción y la forma en la que podrían colaborar en futuros proyectos.

Objetivo específico

Elaborar talleres, entrevistas semiestructuradas de las cuales se recuperen las experiencias de las mujeres. Sistematizar la información obtenida, presentándola de tal manera que ofrezca una posible explicación a la problemática.

Metas

Entregar un producto que dé cuenta de la investigación que con el objetivo de conocer ¿Cuáles son las preferencias de salud para las mujeres de la región Centro-Norte de Palenque, Chiapas?

Metodología

Decidimos utilizar la etnografía, como diseño de la investigación, ya que es entendida de acuerdo con Hammersley y Atkinson (1995) como un conjunto de métodos, para describir la vida diaria durante un periodo de tiempo, y dar cuenta de estos modos rutinarios con los que la gente le da sentido a su mundo. El investigador debe delimitar el campo donde trabajará y aproximarse al sujeto que le permita dar cuenta de los símbolos e interacciones que se dan en “su mundo” mediante la reflexividad, y así, describir lo que hacen.

Un trabajo de campo, entonces, no sólo implica “estar” en el lugar, sino “vivir” el lugar, estar atento a las situaciones, gestos, costumbres, rituales. Tener una escucha activa con el otro que permite al investigador entender la definición de las palabras según el contexto de los actores, identificando emociones; esto implica un proceso de socialización más que de empatía. El etnógrafo debe de estar en una actitud constante de “asombro” y no dar por sentado nada, sino cuestionar a los actores sociales, dicho de otro modo, el etnógrafo no sólo debe de ir a investigar o a tratar de recabar información, sino a “aprender de la gente” (en Vasilachis, et. al 2006).

En el proceso que fuimos elaborando para desarrollar la investigación, “vivimos” en Suclumpá, Chivalentik y Plan de Ayala alrededor de 4 días. En el caso de Salto de agua únicamente la visitamos con motivo de un taller. La intención era conocer los ritmos de las comunidades, poder observar algunas de las actividades que hacían en su cotidianidad, generando así confianza entre nosotras y ellas. Nos fuimos acercando a sus formas de vida.

Al llegar a las comunidades se nos presentaba, para que las personas supieran quienes eran esas extrañas, es decir, nosotras, que llegábamos y que expresáramos cuáles eran las intenciones de estar ahí. En algunos casos, nosotras propusimos talleres para las mujeres, en los que abordamos el tema de la equidad de género y reflexionar sobre la cantidad de tiempo que invierten ellas en su cuidado emocional y físico. También ellas proponían que realizáramos talleres para los y las jóvenes de la comunidad, petición a la que atendimos.

Otra forma de acercarnos a las mujeres, fue en sus propias casas cuando nos invitaban a comer o platicar, se iban dando las entrevistas informales y semiestructuradas. Algunas fueron grabadas y transcritas, otras fueron retomadas de apuntes de nuestras bitácoras. Este tipo de entrevistas de las que se fueron dando de forma tan casual, finalmente fueron de las que retomamos más información para la redacción de nuestro producto.

Conforme íbamos y regresábamos de comunidad, se hacía una retroalimentación con personas de la organización, quienes nos iban guiando y resolviendo dudas del trabajo que íbamos haciendo.

Antes de comenzar la redacción final, transcribimos los audios que teníamos, para luego sistematizarlos en cuanto a temas en común como partería, medicina tradicional, atención en las clínicas y hospitales. Dichos temas conformaron el esqueleto sobre el cual organizamos la investigación. Una vez ordenadas en esas temáticas, nos dimos a la tarea de ir uniendo las diferentes historias en una secuencia que fuera congruente con la visión que tuvimos de manera más general.

b) Cronograma de actividades

Las fechas indicadas a continuación se refieren al año 2016.

- 22 de mayo: llegada a Palenque, Chiapas. Semana de contextualización general
- 24 de mayo: introducción al Ch'ol
- 28 de mayo: visita a Francisco I. Madero
- 2 de junio: socialización del proyecto de investigación entre la coordinadora de la Casa de la Mujer y nosotras
- 8 de junio: plática con profesionales en el área de Sociología y Sexología que han trabajado con la Casa de la Mujer
- 9 al 12 de junio: visita a Chivalentik
- 18 de junio: taller en Agua Fría

- 22 de junio: encuentro de mujer e multiplicadoras
- 23 a 26 de junio: visita a Suclumpá
- 2 de julio: taller sobre la reforma en salud
- 21 a 24 de julio: visita a Plan de Ayala
- 27 a 30 de julio: asistencia y participación en el “CompArte por la humanidad” en San Cristóbal de las Casas
- 3 y 4 de agosto: redacción de nuestra investigación
- 5 de agosto: integración de las últimas retroalimentaciones realizadas al documento por parte de la coordinación de la Casa de la Mujer y entrega del mismo

c) Recursos

Para nuestro proyecto fue necesario contar con materiales para elaborar los talleres, como cartulinas, plumones, globos y estambre. En cuanto a los recursos humanos era suficiente con el par de psicólogas para impartir los talleres y realizar las entrevistas informales. Los recursos financieros consistían en el costo de los pasajes para el traslado a las comunidades, que en promedio era de \$60 por persona, desde la comunidad hasta Palenque.

d) Resultados

La investigación elaborada, se compartió con la coordinadora de Casa de la Mujer, quién retroalimentó la edición previa a la entrega final. Sus retroalimentaciones se incluyeron para una mayor comprensión teórica de la situación de las mujeres en Chiapas.

Referencias

- Antons, K (1978) *Práctica de la dinámica de grupos*. Biblioteca de psicología. Herder. Barcelona España.
- Bleger, J. (2002) *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva visión.
- Ferrer, V., Bosh, E. (2005). *Introducción a la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murica, Vol. 21 (nº1), pp.1-10.
- González, C. Comunicación personal, 31 de Marzo, 2016.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1995). *¿Qué es la etnografía?; El diseño de la investigación: problemas, casos y muestras*. En: *Etnografía: Métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Perspectiva estadística: Chiapas / Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI.
- Junta de Andalucía. (2016, Agosto, 31) *Qué es la violencia de género*. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es>
- Olivera, M. (2012) *Mujeres Marginales de Chiapas: Situación, Condición y Participación*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- ONU Mujeres (2012). *Violencia Feminicia en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas*. Recuperado de: <http://www.unwomen.org>
- Secretaría de Desarrollo Social (2010). México: SEDESOL.
- Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres (2014). México: SEDEM
- Sistema Estatal de Indicadores de Género para el Estado de Chiapas SIGECH, (2014). México: SIGECH.
- Vasilachis I., Ameigeiras R., Chernobilsky L., Giménez V., Mallimacio F., Mendizábal N. et, al. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Anexo 1: Investigación

¿Cuáles son las preferencias de atención a la salud de las mujeres de la región centro y norte de Palenque, Chiapas?

Introducción

“Aunque la psicología tradicional se ha considerado a sí misma como una ciencia neutral, objetiva e independiente de los valores, son innumerables los y las autoras que hoy día cuestionan tanto su objetividad como su independencia y que consideran imprescindible revisar y reparar los posibles sesgos de género cometidos en la investigación tradicional” (Ferrer, Bosch, 2005).

Al venir a dar nuestro servicio social a Casa de la Mujer, pensamos en un producto de análisis enfocado en la violencia que viven las mujeres de las comunidades, pero era muy fácil pensar en la violencia doméstica, ya que es la más reconocida por la sociedad. Sin embargo, basta profundizar un poco en la problemática de los distintos tipos de violencia que se viven en la región de la selva-norte de Chiapas, para darnos cuenta de las múltiples violencias que se viven tanto como problemas de género, pero también de clase y de etnia.

A lo largo del andar por las comunidades en estos más de dos meses, nos hemos dado cuenta de que uno de los problemas más sentidos por las mujeres es la violencia que viven en torno a los derechos de la salud. Notamos que se trata de una problemática para la cual sería inoportuno definir una conclusión puntual, pues los factores entre los que la atención a la salud se encuentra enredada son múltiples y no necesariamente vinculados en un primer acercamiento. Entonces, precisamente lo que intentamos hacer es encontrar por dónde se vinculan y qué relaciones guardan entre ellos. Si hay alguna conclusión certera a la que hemos llegado, es el orden en que presentaremos los factores que hemos considerado importantes en relación con la pregunta “¿cuáles son las preferencias de atención a la salud en las mujeres de la región?”

Hemos desarrollado un esqueleto sobre el cual plasmamos la información que fuimos recabado, enfocándonos principalmente en fragmentos de las entrevistas realizadas, para que así sean las voces de las mujeres mismas con las que se expliquen las preferencias de atención a la salud y las cuestiones alrededor de tal cuestión.

Las comunidades que visitamos fueron Chivaltik, Agua Fría, Suclumpá y Plan de Ayala. En dichos lugares, el español no es el idioma original. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres con

quienes conversamos tienen como idioma materno el ch'ol. En éste sentido, consideramos valioso el que narraran sus experiencias y sentires en su propio idioma o con el que se sintieran más cómodas, pues coincidimos en que el lenguaje es uno de los principales elementos por medio de los cuales nos es permitido nombrar y comprender nuestra realidad. Por ello, encontramos necesaria, en algunos casos, la presencia de una persona que nos tradujera.

1. Cómo viven

a. Desde que sale el sol hasta que llega la noche

A través de algunos de los talleres realizados con las mujeres de distintas comunidades cercanas a la ciudad de Palenque, hemos podido rescatar de manera puntual cómo viven sus cotidianidades, cuáles son sus actividades y los horarios que las van guiando en un día.

Todavía ni sale el sol cuando ya le están dando de comer a sus pollitos, patos, guajolotes y gallinas. Algunas también a sus puercos. Mantener a los animales significa abastecer sus comedores de alimento y/o, eventualmente, proporcionar dinero a la economía del hogar, en caso de vender alguno de ellos.

“[...] Ahí si me tengo que levantar temprano ¿por qué? Porque tengo que hacer las tortillas, atender a los pollitos y a los pavitos. Lo que haya, que por ejemplo que tengo patos, que tengo pollos... y siempre tengo que atender [...] le tenemos que dar de comer temprano porque si no el día de mañana ¿qué vamos a comer si no atendemos a los animalitos también? Les tengo que dar de comer porque temprano les da hambre.” (Marcela)

Por estas horas de la mañana, alrededor de las 7, también alimentan a sus familias, a sus esposos e hijxs, para lo que echan la leña al fuego en el que calentarán las tortillas, a la par de que van torteando la masa antes de colocarla suavemente sobre el comal.

Una vez que se quedan solas en sus casas, pues los esposos se van a las milpas y sus hijas e hijos a la escuela, las actividades suelen estar relacionadas aún con el mantenimiento de la casa y el bienestar de la familia: barrer, lavar el patio y lavar ropa. “Todo el día se lo pasa una trabajando, atendiendo, hay que barrer la casa, que trapeando, que hacer la comida, todo eso” (Marcela).

En algunos casos, la mujer también se va a la milpa y trabaja las siembras. Cuando todo lo anterior ha quedado hecho, entonces desayunan. Si bien antes de esto le han dado algún sorbo

al café o masticado un poco de galleta, no es hasta entonces que se toman un momento para sentarse a desayunar. Al acercarse el mediodía, viene un espacio de descanso en el cual se disfruta de la hamaca y de la televisión, que a veces ven y a veces sólo les sirve de arrullo antes de *echarse una pestañita*.

A eso de las 13 o 14 horas, interrumpen o dan por finalizado su descanso para poner sus manos a la obra de la comida: cocer maíz para el nixtamal, hervir los frijoles, cocer pollo o lo que haya para ese día. “Y ya después, ya que llega el marido pues ya lo atiende uno y ahí está. A veces uno tiene todavía que moler otra vez para las tortillas pa’l siguiente día. Tiene que moler y todo eso” (Marcela). Entonces llaman a la familia al comedor, ha llegado la hora de comer. Al terminar, las mujeres (que puede ser la madre/esposa o las hijas) se encargan de levantar y lavar los trastes que se hayan utilizados. Algunas mujeres, más no la mayoría, nos compartieron que han incluido a los hombres de la familia en ésta parte de las labores, casi siempre a los hijos, pero no al esposo, sin embargo.

Ya llegada la tarde, entre las 17 y 18 horas, las mujeres, según nos compartieron, generalmente se refrescan con un baño. “Y ya en la tarde pues a veces tenemos un rato de tiempo, ya uno se baña, se arregla uno. A veces da tiempo para ir a la iglesia, si no, se queda uno rato viendo tele” (Marcela).

Luego vuelven a la cocina para lavar el maíz con el que se harán las tortillas y el pozol para el día siguiente. De ahí en adelante, pasan la tarde más tranquilamente. Algunas que ya son abuelas, cuidan de sus nietas y nietos. Entre que descansan y quizá vuelven a cerrar los ojos por algunos ratos, la hamaca vuelve a ser de sus más gratas compañías. Luego de unas dos o tres horas, viene el momento de la cena, que puede ser café y un pan o alguna hierba hervida acompañada con tortillas.

Finalmente, cuando en el cielo ya no hay más luz que la de las pequeñas chispas que son las estrellas, las mujeres, los y las niñas, los hombres y hasta los animales se van a dormir. Suelen escucharse las chicharras y el crujido al pisar de algún animal que va de camino a su corral.

El ver esta realidad nos lleva a confirmar el estudio realizado por la investigadora Mercedes Pedrero Nieto (AÑO), en el cual nos dice que el tiempo dedicado al cuidado de los niños por parte de las mujeres supera por 155 millones de horas al que invierten los hombres. Asimismo nos habla de que el valor económico del trabajo doméstico no remunerado, contabilizado en

millones de pesos, equivale a 21.7% del producto interno bruto (PIB), y cuatro quintas partes de esa riqueza se debe a las mujeres.

b. Economía. “Yo los cuido para que tengamos una buena comida”.

En las comunidades que trabajamos, al igual que en muchas sociedades en donde se conservan culturas ancestrales, se vive de manera muy marcada la división de los roles de trabajo en las unidades domésticas. Los hombres son los encargados del rol productivo, ya sea trabajando su milpa, sembrando algún monocultivo o trabajando como jornalero en el campo o la ciudad, por lo que con su trabajo debería llevar al hogar el dinero necesario para la sobrevivencia. Al mismo tiempo las mujeres, desde su espacio doméstico –casa y solar- se encargan del cuidado de las y los hijos, y del traspatio, desde donde también se ingresa alimento por medio de los animales que crían, como de las frutas u hortalizas de la región.

“Cada uno cumple, tradicionalmente, con sus roles de género, los cuales se aprenden a través del tiempo y a lo largo de las etapas de desarrollo. El problema es que, por lo regular, las mujeres, además de sus tareas de género, se ven obligadas a realizar tareas extras, tales como: hacer y vender artesanías, emplearse como jornaleras, entre otras. Es decir, llevan a cabo una doble jornada, lo que tiene consecuencias más marcadas en su salud (física y mental). Y todo ello es lo que las autoras denominan *feminización de la pobreza*”.

La mayoría de las mujeres cuentan con animales de traspatio en sus casas, que suelen vender cuando necesitan un ingreso extra, ya sea para comprar medicamentos, viajar a otras comunidades, atención a su salud o para sus hijas e hijos.

“Como yo siempre me ha gustado criar animales, criaba yo ganso, pollo, pato... Agarraba yo y vendía 3 o 4 gallinas en \$100 pesos. Ya me hacía yo \$400 pesos y ya pues esto me da para los zapatos y pasaje del niño se va a estudiar; así me la fui pasando hasta que mi niño salió de la prepa” (Isolina).

Es importante señalar que, en muchas ocasiones, el aporte de la mujer llega a ser el ingreso principal de la familia, ya sea porque la cosecha fue mala, porque el esposo invierte más dinero en alcohol u otros gustos personales que en la familia, o por alguna enfermedad que requirió más gasto del que se esperaba.

Así mismo el cuidado y tiempo que le destinan a los animales de traspatio, también lo piensan como “les doy de comer a ellos, porque luego me los como yo”, nos ayuda a comprender que

se viven en una relación simbiótica con su entorno. Como ir a sembrar en la milpa y recoger los productos que les servirán para su comida.

Las mujeres pasan la mayor parte de su tiempo en casa, por lo que el trabajo que realizan no es remunerado, pero sí contribuyen a los ingresos del hogar mediante actividades como la venta de animales, elaboración de alimentos o venta de productos en sus tiendas, más el trabajo doméstico y familiar que se realiza a diario.

Otro medio de donde se obtienen alimentos es de sus milpas o árboles de sus patios, debido a que la tierra suele ser muy fértil y se puede contar con alimentos como el maíz, café, frijol, mamey, papayas, hierba-mora, calabaza, cacao, plátanos, vaina, chayote, mango, coco, carambola dependiendo de lo cálido o templado de los territorios. Entonces no es necesario comprarlos, siendo este un importante aporte económico para la familia, al igual que al elaborar sus propias tortillas y su pozol. Y los productos que no se dan en su entorno, pues serán aquellos que comprenden como el café, azúcar y huevos, en la mayoría de los casos. Además, algunas mujeres forman parte de programas de gobierno como el Prospera, de donde reciben apoyo económico.

2. Qué opciones tienen en el área de salud

El mestizaje se ha instalado hasta en éste ámbito de la vida, el de la salud. Vimos, por ejemplo, cómo Susana, quien nos recibió en su casa, nos platicó sobre todas las plantas que tiene en su patio y que sirven para curar malestares estomacales o de la cabeza. Sin embargo, para resolver el dolor de cabeza que su madre presentó uno de los días en los que ahí estuvimos, usó una aspirina. Luego, el día que nos dejaron solas en su casa porque ellas vendrían a la ciudad, vinieron todas a que el huesero las atendiera. Así es como día a día se van entrelazando medicina tradicional y la medicina alópata, sin que una sustituya por completo a la otra.

a. Conocimientos de las abuelas y los abuelos

La gran mayoría de las mujeres con las que tuvimos oportunidad de conversar, nos dijeron tener alguna noción sobre el uso de plantas y hierbas medicinales. “Hay gente que saben y dicen tomate esa planta y ya te la dan” (Marcela). Si bien se trata de un conocimiento en común, no todas las personas saben con exactitud la función de cada una de las plantas, ni las dosis en que éstas deben ser consumidas por la o el enfermo.

“Ese es el problema, que no sabemos cómo se toma, pero si hacemos el intento. Lo ponemos a cocer y lo tomamos, algo ha de servir. Por ejemplo una tos, dicen que miel con limón, le pones polen, la bugambilia y con eso te ayuda. El maguey sirve para la infección. Hay muchas plantas que ora sí, no conocemos, pero de que hay, hay. Ahí está la medicina, pero lo malo pues es que no conocemos para qué sirve cada planta” (Marcela).

A diferencia de los medicamentos producidos en farmacéuticas, la infusión de plantas y/o hierbas resulta más noble para los cuerpos, según nos compartieron las compañeras. “*Me enferma* cuando tomo pastillas. En cambio, con las parteras aquí en la casa de uno, de las embarazadas, pues lo que he visto que toman manzanilla, maguey, otras plantitas más. Pues como oigo que son plantitas, pues son naturales y no enferman” (Victoria).

Otra ventaja para las mujeres de las comunidades es que, cuando llegan a tener algún costo las plantas, el gasto es mucho menor de lo que sería en caso de adquirir medicamentos en alguna farmacia. También son de acceso más fácil, sobre todo cuando se trata de remedios más conocidos. Por ejemplo, “para los cólicos nos dijeron que la tortilla quemada con la ruda. Pones a quemar la tortilla, pones a hervir 1 Lt. de agua, ya le hechas la tortilla y la ruda, que se cueza y si ayuda. [...] También la ruda para cólicos menstruales, dolor de cabeza” (Marcela).

También hay remedios y prácticas que no forman parte del dominio público, sino que son unas cuantas personas las que saben cómo aplicar sus conocimientos. Principalmente, son las parteras quienes tienen formación en el área de atención a la salud. En los últimos años, a muchas de ellas les han impartido talleres por parte de enfermeras, en los que se les informa sobre aspectos de higiene y salubridad.

“Estaba yo de trece años cuando me empecé a capacitar como partera y auxiliar de salud, como promotora de salud. Aprendí a inyectar, aprendí a poner suero, tomar la presión, la temperatura... y así fui de poco a poco. Pero no pasó muchos años, como seis meses ya lo aprendí todo. A los 14 años aprendí parto. A los 14 años atendí parto, el primero. Y ya tiene muchos años que soy partera (...) como 30 años ya” (Mariana).

En sus comunidades, las parteras son quienes atienden a las mujeres embarazadas. “Si está embarazada, cada 15 días o 20 días le sobo su pancita pues, para saber si va bien el bebé, está creciendo bien. El día que ya se va a aliviar ya pues estamos pendientes también, alivia en la casa. Los atendemos [...] en la casa de las señoras. Y así, cuando se alivia pues nosotros es costumbre que le lavamos las ropas, todo, la cobija... como a los ocho días o cinco días que

está reposada pues tenemos que ver diario, lavarles la ropa, bañarle, cambiarle al bebé... y a veces lo curamos pues el ombliguito, hasta que cae. A veces a los tres días y a veces a los cinco se cae” (Mariana).

Como mencionó Mariana, un aspecto importante en la práctica de las parteras, es que atienden dentro de las mismas comunidades, ya sea en sus casas propias o en las de las personas que requieran de su atención. “Igual en mi casa, llegan. Hasta vienen de otras comunidades, pero de vez en cuando. Pero si, siempre llegan. *También* hay algunas *mujeres que prefieren atenderse en el hospital*. A veces llegan nomás así a sobar pues, y al mero día que ya va a aliviar se va al hospital... hay así, les gusta pues ir al hospital [...] pero unas cuantas. Más *son las que se alivian aquí en sus casas*” (Mariana).

Lo que sucede al atender dentro de las comunidades, tiene un impacto importante en cómo es percibida la experiencia del parto y de la atención a la salud. “Con una partera, dejan que esté el esposo, ahí te atienden bien, dejan ahí que reposes en tu cama. Aquí las costumbres que tienen en la comunidad, por ejemplo nace un niño, una niña, vas a tener una semana de reposo y te llevan la tortilla, pollos, que te llevan huevos. Te ayudan, te llevan la comida, te hacen de comer y esa costumbre todavía se sigue conservando. Cosa que no hay en la ciudad. Todavía las parteras te agarran con amor. [...] Por ejemplo, las parteras *le dicen al esposo*: “que agarrale aquí”, entonces lo tiene que hacer” (Marcela).

En muchas ocasiones, se usó como punto de comparación la medicina de los hospitales para hablar de la medicina tradicional, pues es la referencia con la que contábamos desde nuestro contexto y que compartimos con las personas que nos hablaron de sus experiencias. “[...] Esa es la diferencia con los hospitales, que ahí nomás entra una, te mandan al quirófano y ahí está batallando una con las enfermeras, con los doctores. [...] Yo me acuerdo que *en el hospital* me amarraron mis brazos, mis piernas, sentí que me abrieron, que me sacaron las tripas. Yo al menos así sentí... que feo” (Marcela).

Respecto a la paga que reciben los y las parteras, o promotoras de salud, Urbano (quien es partero y promotor de salud en su comunidad) nos comentó que “es voluntario. Si tiene algo pues está bien, si no igual... no se cobra nada. Y la gente viene... pues a veces nos gratifican con una gallina, un poco de tortilla, eso es suficiente. Si da, y si no igual... a mi, en los partos que he atendido, nada. “oye, ¿cuánto te debo?” no, no se preocupen”.

En la noción general de las y los habitantes de distintas comunidades, la práctica de las parteras y los parteros, así como el uso de plantas y hierbas medicinales, constituye una alternativa de atención a la salud que trae en sí importantes ventajas. Una de ellas, es la cercanía con la que se tiene acceso, al tratarse de una vía existente dentro de las comunidades. También en el ámbito económico resulta ventajoso, dada la dimensión más naturalista con la que se aborda la atención a la salud, es decir, el uso de hierbas y plantas en lugar de medicamentos adquiridos en farmacias.

Otro aspecto importante del uso de plantas y hierbas, y de atención a la salud por medio de parteras y parteros, es el que forma parte de los elementos con los que se identifica una comunidad. Se dice que son las abuelas y los abuelos quienes guardan dichos conocimientos y los transmiten a nuevas generaciones. En este sentido, las abuelas y los abuelos son los guardianes de las tradiciones, quienes hacen que circulen los conocimientos hasta que sea el turno de los y las nuevas generaciones el fungir como guardianes de ellos, y así sucesivamente.

b. Clínicas en las comunidades y programas a los que se inscriben

Las comunidades que visitamos cuentan con clínicas de salud que se encuentran desatendidas, ya sea que pasen a formar parte del paisaje y se convierten en bodegas donde guardan materiales de construcción, o son abandonadas por el personal médico que suele acudir 2 veces por semana, cuando mucho, y en la mayoría no cuentan con los insumos suficientes, como medicamentos o equipo necesario para dar la atención completa.

O en ocasiones no hay atención médica dentro de la comunidad, como menciona Victoria: “Acá no... van a la clínica caminando [...] se hace como media hora, está lejos. Aquí no hay farmacia, en la tienda, ya saben vender pastilla de dolor de panza, de diarrea”.

Sin embargo, existen programas gubernamentales como Prospera, que intentan cubrir estas carencias, dando apoyo en la educación, salud y alimentación al ofrecer un ingreso extra en sus casas.

En Chivaltik, Palenque, Marcela dice que “Prospera es apoyo de mujeres, de niños que les mandan beca. Está Prospera de gobierno [...] pero nos dan la información que ya no sigamos con esos programas, por lo mismo que el gobierno te quiere tener tranquilo, para que no te levantes. Ahora sí que te dan eso, aunque no te conviene [...] les dan apoyo de \$950 por persona,

beca a los niños. Dan apoyo a las madres solteras, pero solo cuando hay campañas políticas y una vez que termina eso ya no hay”.

En Plan de Ayala, Palenque, comenta Victoria, quién es Promotora de salud en su comunidad: “Somos 49 mujeres de Prospera es el único que está aquí, pero no funciona. Bueno el que lo entiende funciona; el que no lo entiende lo usa para mal. Lo usa para mal, lo usa para hacer pleito, sí. Y el que entiende, aunque poquito, está conforme y de acuerdo, sí. Pero hay señoras pues... Como decirlo, para ellas no es suficiente y quieren más”.

Pero en ocasiones resulta desventajoso ser beneficiaria ya que se tienen que cumplir con ciertos requisitos y la ayuda que reciben está condicionada.

“Las mujeres tienen que cumplir con requisitos para formar parte de ese programa como tener hijos, que acudan a sus citas médicas, pedirles a los niños que vayan a la escuela y que los lleven a vacunar, todo eso. Y cuando no cumples con eso, te quitan el programa, te dan de baja y ya no te siguen dando. Llevan control de las citas. Tengo entendido que Prospera no es el gobierno que da, viene de los impuestos que pagamos todos” (Marcela).

Los servicios médicos son deficientes y, en la mayoría de los casos, no reciben resultados ni se les da seguimiento. “Cada año hacen las citas médicas de Papanicolaou, *pero los resultados no te los dan*, solo te dice la doctora si estás bien o no, eso es todo” (Amalia) y “si andas un poquito mal, te dan tus pastillitas, tus óvulos” (Victoria).

“Y cuando están embarazadas no les presentan la opción de las parteras aun cuando no hay clínicas u hospitales cercanos “porque si yo estoy en Prospera tengo que acudir a mis citas para que me chequen. [...] Los médicos les dan curso a las parteras. Porque a veces en los centros de salud dan cursos y las parteras que quieren, ahora sí que quieren actualizarse, que quieren conocer más, las que sí están interesadas si van [...] Pero las que no, así atienden, pero si atienden bien” (Marcela).

Estos programas de gobierno como Prospera, más que resolver los problemas de raíz, solo promueve un rol pasivo de las mujeres, donde tienen que acatar requisitos, asistir a pláticas informativas y, más que promover espacios de autosuficiencia o reflexión, las mujeres van generando dependencia y poca posibilidad de tiempo para intentar construir otras alternativas a sus problemáticas económicas, alimenticias y de salud.

c. Los hospitales cercanos

Hay algunos casos en que las personas acuden a los hospitales cuando hay complicaciones en el embarazo, tienen que ir a sus chequeos médicos o cuando consideran que el uso de plantas y herbolaria no es suficiente, se trasladan a los hospitales de primer nivel como es el de Palenque, aún cuando saben que el servicio también será deficiente. Porque otras compañeras y compañeros que han asistido les cuentan sus malas experiencias.

Entonces tener acceso a la salud, se vuelve complicado porque tienen que salir de sus comunidades y ser insistentes para poder recibir la atención que necesitan o terminan por acudir con doctoras y doctores particulares quienes tienen el dinero suficiente para hacerlo.

“Ya ve que en hospital pues pide a veces su cita, nada más te dan cita y cita y cita y no atienden. Eso es lo que tienen pues, que a veces no son bien atendidos. Y no nos atienden rápido y, si te vas, ahí nomás pura cita y cita te dan. Y mejor dije: mejor voy y ahorro mi dinerito y mejor voy pa’ allá *con el particular*, pero no me hizo nada” (Marcela)

En relación al trato en el hospital cuentan que “Unos dicen que no es rápido, no sé qué tanto estudio tengan los doctores que así se tenga que atender, pero como uno que no sabe pues estamos conforme con que ahí estas tirado en la camita” (Victoria)

“Ahí no atienden bien. Bueno, al menos yo sentí que no me atendieron bien porque yo sentí que te agarran como animal, y si he preguntado a otras personas que han atendido ahí. Y dicen que, hagan de cuenta que hay dos personas -ya ves que ahí no te puedes mover por la cesárea- al menos cuando es parto normal pues si se puede uno mover porque ya se recupera rápido, entonces... pero sigue con el dolor, pero ya no tanto- en cambio cuando es una cesárea necesitas a alguien que te agarre... no, te agarran y te tira en otra camilla, te tiran y así te van... haz de cuenta un como animal muerto que te van tirando, así. Te mueven mucho, aunque estés ahí como que... no, al menos ahí no, como que no atienden bien ahí” (Marcela)

El hospital de Palenque no cuenta con la infraestructura e insumos suficientes para dar atención a tantas personas de las comunidades aledañas, y en ocasiones derivan a otro hospital más grande que es el de Villahermosa, Tabasco.

“[...] Aunque uno pues tiene que comprar todo el medicamento, todo lo que tienen que usar...todo se compra. Ahí no dan, no lo dan, hasta la fecha... está peor ahorita más de la reforma que hay ahorita. No hay nada. Para el reposo de mi hijo fueron dos días, si, dos días. Ya al tercer día ya... me vine ya acá a Chivaltik porque ya ves que hay mucha gente, hay mucha

gente, llega mucha gente, porque tienen que atender. Y luego no hay camas. Y te tienen que sacar porque ¿luego dónde quedan las otras personas?” (Marcela)

Embarazo

En el caso de la atención a mujeres embarazadas en su mayoría nos platicaban que se iban a los hospitales pues algunas ya no tienen tanta confianza a las parteras. Además que las mismas parteras han recibido pláticas de medicxs de formación académica, que les exigen que lleven a las mujeres al hospital más cercano para evitar muertes maternas.

María es partera de la comunidad de Plan de Ayala y mencionaba que la atención de les medicxs, “que la atendieron bien, que no la regañaron. Que todas las enfermeras atienden bien. Cómo ella es partera, dice que su paciente lo meten rápido y no lo dejan afuera. Pues ella queda fuera y ya allá dentro no sabemos”.

Pero para atenderse en el hospital implica salir de su comunidad como ya mencionamos anteriormente y en ocasiones los partos naturales terminan en cesárea.

“Mayormente han recibido cesáreas ahí toda la gente”, explica Marcela cuando nos platica de las mujeres embarazadas de su comunidad que decidieron irse al hospital y al igual que en su propia experiencia dice: “Estoy enferma y... no sé, me da mucho dolor cuando tengo mi menstruación y por eso... puede ser que sea eso me dijo una ginecóloga, puede ser que mi matriz esté inflamada, por eso...*me dijo eso una doctora que atiende en palenque y [...]* después que nació mi hijo como que empezó a darme más fuerte, no sé si porque me hayan hecho cesárea, [...] el doctor me dijo ya en el momento en que lo iba a tener “no va a nacer normal, mejor cesárea” [...] yo quería que fuera normal pero no sé pudo”

Para algunas parteras su historia también termina en este mismo desenlace, cuando acuden a los hospitales y les hacen cesárea, como Mariana “Pues otra partera[...] *que es mi tía me atendió cuando tuve a mis otros hijos, pero ya éste último ya fui al hospital porque venía atravesado y nadie pudo enderezar. Tuve que ir al hospital, antes un mes. Y nació prematuro, falta un mes y siete días cuando hicieron la cesárea*”.

O en otros casos las y los bebés terminan naciendo durante el trayecto al hospital, como nos comentaba Urbano, un partero de la comunidad de Plan de Ayala:

“A mí me tocó llevar una primigesta de San Antonio la Sombra, Palenque. Y creo que era mi tercer parto atendido. Y me tocó, como dice la compañera aquí, que hay que acompañarla en

el camino, por si pasa algo pues ya está la partera y siente si hay que cortarle el ombligo o... no sé, pero hay que ir, hay que ir preparado para cualquier cosa que pase en el camino. Entonces igual ya me fui, y fui con manta, con gazas ya estériles, con tijeras, pinzas, con todo iba ya preparado para cualquier cosa en el camino. Y si, me dijo en el cruce allá de Chancalá, me dice “ya me está bajando el bebé” “¿y qué sientes?” le dije yo a la señora. “no, ya. Siento que ya viene el chamaco”. “Pues de una vez” le digo. Paré la camioneta y ya subimos arriba en la redila y ahí, en ése instante, salió [...]y *ahí tuvo al bebé*.

Entre los pasillos del hospital

Además las incomodidades de acudir a estos hospitales no es únicamente para las y los pacientes, sino que los familiares también tienen que pasar por malos ratos o días cuando se prolonga el tiempo para recibir una cita médica. Porque salir y regresar a su comunidad no es tan sencillo, tomando en cuenta que algunas están a 1 hora de distancia y se tendría que pagar el pasaje. Entonces en la mayoría de los casos tienen que quedarse en las instalaciones donde hay poco espacio destinado para los y las propias pacientes, y es menor para sus acompañantes.

María fue con su nieta cuando tuvo problemas de apéndice. “Estuvo 8 días en el hospital, sufrió de hambre dice que no tenía dinero, que no comió su tortilla, que no bebió su pozolito”.

“Allá, *en el hospital*, todo comprado y afuera de la casa hay mucha sed. En cambio, en mi casa, casi no bebo agua, pero en la ciudad cada ratito como que pide [...] la gente duerme en las sillas, hay sentaditos se duermen y hay otros en el camino del baño. Imagínate como salen del baño con las chanclas mojadas, no sé de pipi... todos pasan ahí caminando, ahí se seca y ahí se tiran a dormir” (Victoria).

Entonces nos podemos dar cuenta que, para tener acceso a la salud, implica un gasto extra dentro del ingreso familiar al considerar los pasajes para salir de sus comunidades, los alimentos que se consuman durante la espera de su cita y la persistencia para poder ser atendidos, aun cuando saben que la atención será deficiente y se tendrá que pagar por los materiales y medicamentos que se utilicen. Por tanto, más que un derecho, se vuelve un privilegio.

3. Desvinculación

a. Hacia las plantas y las hierbas de uso medicinal

A pesar de que el uso de plantas y hierbas medicinales forma parte de la identidad de algunas comunidades, pudimos notar que se ha ido perdiendo claridad respecto a éstos conocimientos y prácticas. “Si hay hierbas que dan, pero no ayuda mucho pues. Porque como no hay alguien que diga cómo se toma pues, las plantas. De que existen las plantas medicinales, pero a veces no las conocemos, cómo se va a tomar y todo eso” (Marcela).

Por otro lado, en algunos casos nos expresaron que actualmente hay menor cantidad de plantas en comparación con las que se podían encontrar anteriormente. “He escuchado que las hierbas también se van acabando. O sea los cortan, porque hay tierra donde si hay medicina y hay tierras donde ya no hay plantas medicinales. Hay muy poco pues. Es que no sabemos... puede que vayamos al monte y les echemos machete y las quitamos. *Los que si conocen cómo usarlas son los anteriores... los abuelos*” (Victoria).

Y aunque muchas de las personas no tengan claro el conocimiento sobre cómo usar las plantas y hierbas medicinales, en las comunidades se cuenta con algunas pocas personas, generalmente abuelas y abuelos, a quienes acuden en caso de necesitar curarse. “Yo no sé *curarme con las plantas*. [...] *Si me enfermo yo voy con ella (tocándole el hombro a María, quien es partera)*. Si me duele aquí, pues le digo y viene. Según la hierba. Aunque ya no estoy dando a luz, todavía me acercó con ella” (Victoria).

Para nuestra indagación, no contábamos con un factor que es el de la protección a las parteras por parte de las mismas comunidades o entre ellas, pues actualmente se les ha intentado regular, pidiéndoles que asistan a pláticas y capacitaciones con médicos de formación académica. Para ello, se les hace ir desde sus comunidades hasta el hospital más cercano, que puede ser el de Palenque o el de Villahermosa. “Bueno aquí, platican que ha de haber parteras, aunque ya no se enseñan [...] que algunas tienen miedo, dice. Porque a esta ancianita, así como la vez, la citan cada dos meses y así con sus patitas se va, de madrugada ya está allá. Cada dos meses, ahí la ves que está ella arrancando monte de sus macetas y tiene que ir a capacitación. En la plática que le dan a ella, les dicen cómo va a atender sus pacientes, qué cosa debe de comer las mujeres para que estén fuertes, para que los niños también estén fuertes. Para que no se mueran, dicen” (Victoria).

De ésta forma, se ha orillado el ejercicio de la partería a la vinculación con la medicina de los hospitales, lo que ha generado incomodidad para algunas parteras. Como nos compartía María, se les pide que asistan a pláticas para las que no reciben facilidades de transporte. También nos contaba que en ocasiones les regañan, por lo que se pueden llegar a avergonzar. Es decir, que

en el diálogo entre médicos de formación académica y parteras suele haber una relación que, lejos de ser de reconocimiento y retroalimentación, se da en términos verticales, donde la medicina tradicional es percibida como inacabada o insuficiente.

Así mismo, en muchas de las pláticas dadas por parte de médicos y enfermeras que trabajan en los hospitales, se les insiste a las personas que asistan a las clínicas y hospitales para atender cualquier signo de enfermedad, concediéndole menor importancia a las posibilidades de la medicina tradicional dentro de las comunidades. La presencia cada vez mayor de la medicina alópata y el cada vez menor contacto con el ejercicio médico tradicional ha traído como consecuencia una desvinculación hacia el uso de plantas y hierbas medicinales, pues es un conocimiento que ha de ser transmitido por las abuelas y los abuelos para que se siga practicando, “*se va pasando a otras generaciones, pero no todos le ponen atención*” (Urbano). Según nos compartieron, ha disminuido el número de personas que decidan dedicarse al servicio médico desde los conocimientos propios de las comunidades.

“Yo digo que si se han ido perdiendo, porque imagínate, los anteriores no tenían doctores y vivían en montañas con tigres, no sé... hasta allá no había carretera y no se morían. Ellos se curaban, no sé qué usaban y sanaban. Pero ahorita ya no sabemos qué medicina hace eso” (Victoria).

La percepción hacia dicha disminución del ejercicio de la medicina tradicional, al menos por parte de las personas con quienes conversamos, va desde la inconformidad hasta la preocupación. “Aay, pero no queremos que se pierdan, porque también es útil las cosas naturales y... pues los doctores a mí me dan miedo, me echa cuchillo y uno dice que no se sana normal” (Victoria). De manera que nos encontramos frente a una encrucijada en la cual, por un lado, se ha ido perdiendo identificación con la medicina tradicional. Y por el otro lado, no se ha consolidado una confianza hacia la medicina impuesta, es decir, la medicina propuesta desde la academia.

b. La partería como práctica tradicional

La experiencia de ser partera y partero de una comunidad comienza con algo de misterio para nosotras, cuando dicen que es un Don, como algo que ya traían y se les fue dando desde que eran jóvenes. Y la forma de aprender fue mediante la curiosidad y la experiencia de los años,

porque no tuvieron mejor escuela que la de su propia herencia; la de sus familias, en donde sus tías, madres o abuelas se dedicaban a traer niñas y niños a estas tierras. Pero actualmente la partería tradicional se encuentra bajo supervisión del ojo clínico y de los médicos con certificado, quienes han optado por realizar campañas y pláticas informativas para las mujeres de las comunidades, donde recomiendan o exigen que se atiendan en los hospitales.

María que ha acompañado durante la labor de parto de muchas mujeres de su comunidad y dice que tiene como 300 nietos, nos explica en ch'ol:

“[...] Que ella sola aprendió, que nadie le enseñó. Dice que antes trabajaba sin doctor, pero dice que ahorita no le permiten atender en casas. Cuando una mujer ya está de su tiempo o de su momento no se dice que la manda al doctor ya. Ya no lo atiende en casa dice, porque ya no le permiten también los doctores”

Para contestarnos ¿Porque le prohibieron atender mujeres en casa? “Que porque muchas señoras se mueren, entonces por eso las saca para que allá las vea el doctor, que según son especiales en eso, porque el doctor ya no quiere que se mueran mujeres o se mueren niños. Porque hay veces que si se mueren los bebés cuando se pasan en su tiempo. Porque hay mujeres que no pueden también dar luz y el bebé se atora y se muere. En cambio, con el doctor no sé qué le hace a uno o lo operan para que saquen al bebé vivito. ¡No sé qué tanta ciencia tengan los doctores! Y por eso ya no le permiten a ella a tener en casa”.

De algunas malas experiencias con los médicos nos comparte:

“Dice que cuando ya comenzó su dolor se las llevan al hospital, y también le regañan si no los saca pronto, porque le tocó con mi hija. A su partera mi hija. Pues mi hija no quería ir al doctor, ella quería dar a luz en su casa, pero no pudo, pero pues fuimos a llamar al doctor que viniera a verla aquí a su casa. Le regañaron a ella. Le dijeron “Noo, comenzando el dolor sácalas María”, así le dijeron a ella y pues como uno no quiere que la regañen a uno, pues nos ponemos coloradas”.

Además, es muy contrastante la atención y el trato desde un hospital al de las parteras, provocando incomodidades y miedo: “A veces tienen miedo para ir al hospital las mujeres... porque están acostumbradas a que pueden aliviar en sus casas. Está más cómodo en sus casas. Allá pues... así que a veces entra como hoy y mañana ya están sacando, dan de alta.

No quieren pues, mejor que estén en su casa. Por eso a veces muchas mujeres lo esperan en su casa” (Victoria).

Así como también nos contaba Marcela cuando tuvo a su hijo en el hospital de Palenque: “Para el reposo de mi hijo fueron dos días, si, dos días. Ya al tercer día ya... me vine ya acá a Chivaltik porque ya ves que hay mucha gente, hay mucha gente, llega mucha gente, porque tienen que atender. Y luego no hay camas. Y te tienen que sacar porque ¿luego dónde quedan las otras personas?”

Para Victoria es una experiencia diferente “Pues la mayor parte quieren en casa, pero como

el doctor ya no permite en casa pues todos tienen que salir [...]. No sé, algún miedo al doctor. Yo de mi manera es el miedo al doctor, tengo miedo, es que te corta el doctor por eso. Te corta vivito sin anestesia, por eso yo prefiero en casa. Pero hay unas que les encanta más el doctor, que porque ahí sí sanan rápido. Pero ¡Sí se muere una, seguro lo platican en otra comunidad! Lo platican a las señoras y ellas se asustan”

Así es como el desconocimiento de las prácticas tradicionales y el miedo impuesto desde los “expertos y expertas” que serían los médicos, terminan optando por la medicina desde la academia: “Mejor irte al hospital porque que me atienda aquí una partera como que no, da miedo... bueno, al menos y a mí si me da miedo. Como que me muero, que no nazca el bebé, no sé... porque ha habido casos así, por ejemplo, hay gente pues que a veces... antes, no había pues ese medio para salir, no había carros, no habían. Y creo que muchas mujeres murieron porque, ¿cómo las sacaban pues?” (Marcela).

Sin embargo, no existen cifras confiables que reflejen el número de muertes maternas en las comunidades esté relacionado con la partería tradicional, porque de la experiencia que llevan estas mujeres acompañando en labor de parto y de lo que nos comparten no hubo casos conocidos de muertes por esa causa. Además, es importante reconocer que la partería también cuenta con sus procedimientos y labores previos al embarazo, como el control prenatal para conocer la posición del bebé y estado de salud de la mujer:

“Cada mes las mujeres embarazadas se mandan a tallar para que les acomode bien el bebé, que lo acomodan bien dicen, según las parteras [...] según la costumbre dicen aquí que, si te atiende

la partera que se te afloja la cadera y todo, que se acomoda el bebé, es lo que dicen. Pero como yo no sé mucho de eso, y ya dije... nada más voy a ir con el doctor y ya”.

Sin embargo, las partera y parteros no descartan por completo la opción de llevar a las mujeres al hospital, y los casos en que acuden por su propia decisión es cuando existe mucho sangrado, tardan más tiempo de lo normal, cuando se les da masaje a las mujeres, se les da de tomar algo y no baja el bebé, entonces recurren al hospital.

Pero las diferencias en la atención parecen muy claras, cuando Urbano explica “Pues más en la casa... es más cómodo para las señoras ahí en su casa. Sí, porque si vas en hospital ahí te obligan boca arriba, siempre. Y con los pies abiertos. Y no tienen nada de fuerza para... o sea, no le da nada de fuerza para parir. Porque la tiene que agarrar de algo, o no sé, con otra partera o cualquier cosa. Ahora, en la casa no. Varias mujeres amarran una liga ahí y de ahí están agarrando fuerza. Para dar fuerza para empujar. O si no, de rodillas, en una silla, o una orilla de la cama. O el esposo la abraza para dar fuerza a que nazca su bebé. Y precisamente muchas mujeres no van al hospital por eso. Y el trabajo de parto oculto, no entra nadie, todas las partes genitales, todo cubierto. En el hospital no, fuera todo. Fuera ropa, todo, desnuda. Entonces eso le da miedo, o les da pena a varias mujeres. Y tienen razón. Y por eso muchas mujeres no van al hospital...”

Por lo tanto, la atención de los hospitales se vuelve distante debido a la gran población que necesita atenderse y el poco número de personal médico que trabaja ahí termina siendo ineficiente “Las señoras que van a parir no conocen a los doctores que las atiende. Es que, en hospital no hay médico vigente. Siempre se turnan, tienen su horario de trabajo. Si bien, les toca buen médico. Si no, pues un aprendiz. No sabe qué hacer. Ahí es donde está la falla pues, que a veces mueren señoras en hospitales” (Urbano).

Entonces el intento por seguir preservando las tradiciones como la partería, se pone en riesgo ante la invasión de la mirada clínica de los y las médicos. Que más que un intento por compartir saberes y conocimiento se ha convertido en una desvalorización de sus costumbres y formas de vida. Y para un futuro no tan lejano “parece que va a estar difícil. Sí, porque está la invasión de los médicos y ellos se van metiendo. Igual, con el fin de terminar las parteras, acabar igual con los médicos... pues creo que, porque los médicos se creen más preparados, creen que ellos sí saben más que las parteras [...] Pues creo que aquí unos 10, 20 años más, creo que aquí ya no va a haber parteras”.

4. Entonces, ¿qué está pasando?

La medicina tradicional y los médicos con certificado cohabitan en el imaginario de las comunidades. El mestizaje no solo implica hablar español y el idioma materno como el ch'ol, sino que también se van permeando prácticas en distintos ámbitos de la vida, como en este caso el de la salud. Donde la presencia de la medicina occidental, representa otra forma de conquista al imponerse como un conjunto de conocimientos que buscan destituir los otros saberes que no forman parte de la academia, como es el caso de la atención a la salud, partería tradicional y las plantas y hierbas medicinales.

Asimismo, pudimos ver que la preferencia para la atención de su salud, ya sea con la medicina tradicional o alópata, dependerá de distintos factores como, por ejemplo, los recursos económicos con los que cuenten, desde el traslado hasta el costo de las consultas o el intercambio de sus animales de traspatio que les servirán para cubrir su atención médica; la confianza o el conocimiento que se tiene sobre cada una de las medicinas y el tipo de atención que se necesite. Lo que es un hecho es que, en la experiencia de dar a luz, la gran mayoría de las mujeres prefieren o preferían ser acompañadas por una partera en la comodidad de sus casas y la cercanía de sus comunidades.

A partir de la narración de estas mujeres y hombres de distintas comunidades, es evidente que una de las características que se comparten, es la relación vertical en la que se conjugan la medicina tradicional y la de la academia. Por medio de pláticas y asistencia periódicas a sus consultas requeridas por parte de los programas como el Prospera, se le va otorgando mayor valor de importancia a la medicina alópata, que intenta remplazar las prácticas y conocimientos de carácter ancestral y tradicional de los pueblos indígenas.

Por lo que ha generado una mayor desvinculación con los saberes de las y los abuelos, que representan la identidad de sus comunidades. Esto se ve reflejado en la disminución del número de personas que ofrecen este tipo de servicio en sus territorios, con el riesgo de perderlas como parte de su tradición.

Referencias

Olivera, M. (2012) Mujeres Marginales de Chiapas: Situación, Condición y Participación. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Victoria A. Ferrer Pérez. Esperanza Bosch Fiol, 2005.