

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

Spring 2024

Conceptualizando la movilidad y movimiento de mujeres indígenas embarazadas en búsqueda de servicios médicos bajo una perspectiva migratoria

Nazareth Castro
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection



Part of the [Alternative and Complementary Medicine Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Indigenous Studies Commons](#), [Inequality and Stratification Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), [Social Justice Commons](#), [Women's Health Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

Recommended Citation

Castro, Nazareth, "Conceptualizando la movilidad y movimiento de mujeres indígenas embarazadas en búsqueda de servicios médicos bajo una perspectiva migratoria" (2024). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3816.

https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3816

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Conceptualizando la movilidad y movimiento de mujeres indígenas embarazadas
en búsqueda de servicios médicos bajo una perspectiva migratoria

Nazareth Castro

SIT Mexico: Migración, fronteras y comunidades transnacionales

Dr. Omar Núñez Méndez

6 de mayo del 2024

Abstracto

El traslado de mujeres indígenas embarazadas en Oaxaca hacia la ciudad de Oaxaca de Juárez debido a la falta de centros de salud en sus localidades se ha convertido en una realidad arraigada, impulsada en gran medida por el impacto del flujo migratorio por razones económicas durante finales del siglo XX. Sin embargo, este proceso de migración plantea una serie de complejidades para las mujeres, quienes enfrentan experiencias negativas debido a sus múltiples identidades que resultan en una exclusión social tanto dentro como fuera de sus comunidades de origen. Esta dinámica puede entenderse desde una perspectiva feminista multicéntrica, que las sitúa en un estado de ser "ni dentro, ni fuera".

El traslado de estas mujeres se conceptualiza como una migración temporal forzada impuesta por el Estado, que incumple con leyes nacionales y estatales, así como con declaraciones internacionales destinadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres, especialmente de aquellas marginadas. Esta migración está marcada por la exclusión social y la creciente influencia de la biomedicina, lo que ha llevado a la pérdida gradual de prácticas tradicionales como la partería.

Esta investigación analiza el impacto de estas formas tradicionales de migración en la imagen y la experiencia de las mujeres indígenas embarazadas en la actualidad, lo que se refleja en altas tasas de mortalidad materna y casos de violencia obstétrica. Además, se examina cómo la hegemonía de la biomedicina, impulsada por el Estado, afecta la calidad de los servicios de salud que reciben estas mujeres, a pesar de la existencia de leyes destinadas a prevenir esta situación.

La experiencia de estar embarazada cambia la vida y, en algunos casos, la altera por completo. Se cree que el embarazo es una experiencia positiva para las mujeres, ya que sus cuerpos atraviesan cambios y eventualmente traerán un hijo al mundo. Desafortunadamente, este no es el caso para las mujeres indígenas que viven en Oaxaca, quienes reciben servicios médicos fuera de su comunidad. En Oaxaca, las mujeres indígenas sufren embarazos difíciles a manos del estado. La tasa de mortalidad materna en la comunidad indígena mexicana es del 94 (Arguello Avendano y Freyermuth Enciso, 2018). Sin mencionar que el parto y el período postnatal pueden traer complicaciones que podrían haberse prevenido. A través de testimonios de mujeres indígenas y parteras, se alienta fuertemente a las cesáreas o se realizan de forma coercitiva, incluso cuando una partera sugiere un parto natural; también es más probable experimentar morbilidad obstétrica postnatal en las instalaciones médicas del estado (Calvo-Aguilar et al., 2010).

A pesar de los intentos de México por reducir la tasa de mortalidad materna, brindar mejores servicios médicos a las poblaciones indígenas y reconocer la práctica de la partería a través de diversas declaraciones internacionales, convenciones y leyes promulgadas, las tasas y la falta de acceso a la atención médica permanecen sin cambios.

Es importante señalar que la razón por la cual las mujeres indígenas tienen que trasladarse a áreas médicas ubicadas en zonas urbanas se debe a que estos servicios no están disponibles en primer lugar. La razón por la cual no están disponibles cerca de ellas es que el gobierno, junto con la hegemonía de la biomedicina, ha tomado el control; prácticas tradicionales durante el embarazo como la partería se han representado como inferiores y atrasadas. Aunque se ha demostrado que la partería durante el parto es más segura que acudir a un centro médico.

A través del tránsito al que se ven obligadas las mujeres, buscaré enmarcar su movimiento y movilidad como un flujo migratorio temporal. Aunque las mujeres indígenas que van a centros médicos en áreas urbanas, en este caso, yendo desde su comunidad hasta Oaxaca de Juárez, para su proceso de parto o chequeo posnatal, no es una forma tradicional de migración, sus experiencias en tránsito y su razonamiento para el tránsito pueden alinearse dentro de una explicación migratoria. A través de su migración, la pérdida de la partería continúa mediante el refuerzo de la priorización de la biomedicina del estado, lo que hace cada vez más difícil que las mujeres utilicen prácticas tradicionales. Aunque no participan voluntariamente en la pérdida de la partería, se hace a través de su desplazamiento.

A través del flujo migratorio temporal que las mujeres indígenas hacen hacia Oaxaca de Juárez para servicios para su embarazo, ellas experimentan formas de discriminación, riesgos a su vida y la vida de su bebé y una pérdida de prácticas tradicionales como la partería. Usaría el marco de política de ubicación y feminismo multicentrado en conceptualizar las experiencias en tránsito y las razones en por qué mujeres migran para explicar la diferente experiencia de ser etiquetado como migrante. En conceptualizar el movimiento y movilidad de mujeres indígenas embarazadas como un flujo migratorio, traer una nueva perspectiva a formas de desplazamiento a comunidades indígenas reforzadas por el estado. La migración forzada de ellas debería de ser usada como forma para entender la gravedad de discriminación que poblaciones indígenas, específicamente mujeres indígenas, han enfrentando; el estado debería cumplir con sus promesas en mejorar la experiencia de embarazo para todas las mujeres y mejorar las circunstancias de poblaciones indígenas.

Justificación

El análisis de mujeres indígenas embarazadas en movimiento para servicios de médico no es estudiado como un flujo migratorio, solamente es visto como un movimiento. La migración tradicional, según la definición: La posibilidad de emprender una nueva vida en un lugar diferente, adquiriendo una mejoría en oportunidades de trabajo, educación, vivienda, salud y seguridad, ha motivado a las migraciones en toda la historia de la humanidad” (Observatorio de migración, 2024?), mujeres indígenas embarazadas serán migrantes por la razón de tener acceso a servicios de salud mejores que en su localidad. Desde un punto de vista feminista en conjunto con migratorio, además de humanitaria, identificar como la variedad de identidades que mujeres indígenas tienen y como esas identidades afectan su calidad de vida, especialmente durante el embarazo, esta investigación ayudara avanzar la erudición y conocimiento de las experiencias de mujeres indígenas embarazadas dentro el estado de Oaxaca. Desde los testimonios de mujeres indígenas que han experimentado violencia obstétrica y las parteras que han visto el gobierno negar su trabajo como uno necesario y válido, es tiempo para ver cómo el estado niega los derechos a mujeres embarazadas mientras hay leyes y convenciones que deben mejorar la calidad de vida. A través de esta investigación, se puede entender por qué la tasa de mortalidad materna y violencia obstétrica es alta entre la población de mujeres indígenas y a la vez mirar porque su clasificación de migrante temporal es adecuada.

Pregunta de investigación

¿Cómo se puede conceptualizar la movilidad y movimiento de mujeres indígenas embarazadas en búsqueda de servicios médicos no disponibles en su localidad como un flujo migratorio interno temporal? ¿Qué política pública y discurso ha hecho el movimiento de mujeres indígenas a centros de médico ubicados fuera de su localidad necesaria? ¿A través del flujo migratorio de las mujeres indígenas, como se va perdiendo prácticas tradicionales, como la partería?

Palabras claves

Muerte materna, violencia obstétrica, flujo migratorio temporal, partería, política de locación, feminismo multicentrado

Estructura

Empezaré con los varios estudios hechos sobre la muerte materna en servicios de salud dentro de Oaxaca enseñan el fracaso del estado en asegurar que mujeres tengan una buena experiencia en servicios de salud pública y particular. Incluiré como el trabajo de parteras es limitado por el énfasis en la biomedicina, en el ámbito de servicios de salud y el estado; las explicaciones de Dr. Zoila Jovita Ríos Coca sería incluida aquí en cómo su trabajo como partera es limitada en esta última década y testimonios de mujeres indígenas que experimentaron violencia obstétrica de un evento que asistí organizado por Parteras Diosas de Oxitocina.

La segunda parte sería sobre la migración; la historia sobre el patrón de migración interna y temporal dentro de Oaxaca, las razones tradicionales en porque las personas de comunidades indígenas históricamente han migrado fuera de su pueblo. Incluiré las explicaciones que Dr. Virginia Guadalupe Reyes de la Cruz dio durante su entrevista en los patrones de migración temporal de pueblos indígenas, con mayor explicación en porque deciden a migrar en el primer lugar. Explicaré como el traslado de mujeres indígenas hacia Oaxaca de Juárez o zonas más urbanas con servicios de salud se encaja como una migración usando el marco teórico de política de ubicación y feminismo multicentrado, que es usado dentro la erudición de migración que considera el género. Después, incluiré con las diferentes leyes y declaraciones que México ha firmado en relación con disminuir la muerte materna, violencia obstétrica, discriminación contra poblaciones indígenas y acceso a servicios de médico adecuado y de calidad.

Contexto

El tema del flujo migratorio temporal de mujeres indígenas para el parto, servicios prenatales y servicios postnatales no es uno estudiado abajo de este contexto de la migración. Existen estudios del estado de muerte materna en Oaxaca y más generalmente en México, específicamente en los institutos públicos que dan servicios principalmente a personas con IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o el Seguro Popular, que a partir del 2019 no existe. Estos estudios vienen con el contexto de las leyes y convenciones que México ha firmado y se ha cometido para bajar la violencia obstétrica, muerte materna, morbilidad obstétrica y morbilidad materna. Los estudios señalan que las leyes y convenciones solamente están en papel para definir un cuidado del embarazo de mujeres, específicamente mujeres marginalizadas, pero las leyes no se hacen cumplir ni aplicadas.

Unas de las leyes mencionadas en los estudios incluye que la mujer tiene la decisión de adivinar cómo va a parir, o sea si va a parir con una partera, con un médico, en un instituto público o una clínica particular. En los estudios que se enfocan en la partería tradicional en México, la tasa de mortalidad materna y obstétrica es muchas más bajas cuando mujeres van a parir o recibir servicios con una partera en comparación con un médico basada en la biomedicina por una plétora de razones que regresa al hecho que la biomedicina es instalado por el estado y los mismos profesionales de la biomedicina como superior y moderna en comparación a la partería que ellos describen como retrasado e inferior. Con el estado haciendo valer que las mujeres vayan a un médico y el sentimiento que las mujeres indígenas deben de asimilar a la “modernidad”, la partería en las comunidades se va perdiendo, resultando en la decisión de ir hacia una zona urbana por la falta de servicios en su localidad.

El tema de la migración entra en esta investigación porque las razones en que mujeres hacen ese traslado hacia zonas urbanas es una que se ve voluntaria, pero en realidad es forzada, como la migración interna tradicional de comunidades indígenas que se hizo anteriormente. Estudios de migración enseñan que comunidades indígenas recibían una ayuda gubernamental para poder cultivar, de eso hacían dinero y manera de sobrevivir. En los tiempos después, esa ayuda se eliminó, resultando en una gran migración fuera de sus pueblos hacia estados en el norte para trabajar dentro de la agricultura. Con el tiempo, esta migración temporal se convierte en una permanente porque es pensado que hay mejores oportunidades y para no quedar sé en el pueblo originario que se pinta como atrasado. Si pensamos porque no hay servicios de médico con un contexto migratorio, es por la falta de población y ayuda gubernamental en las comunidades, conjunta con el hecho que el gobierno no deja a las parteras practicar su trabajo.

El otro contexto de la migración es la posición de las mujeres indígenas que hacen el traslado hacia la ciudad, aunque sea temporal. Los estudios demuestran que la mayoría de las personas que se migran fuera de las comunidades indígenas son hombres y que son por razones económicas, significando que simplemente no hay oportunidades de sobrevivencia en sus comunidades de origen. Pero, la posición de la demografía que ha históricamente migrado es diferente que las mujeres indígenas. Por las entidades que tienen las mujeres indígenas y cómo son representadas, su experiencia en tránsito y a su destino final sería una que es dependiente de su identidad y posición en el ojo público. Por eso, es que reciben el mal trato, discriminación y violencia obstétrica en los servicios de salud pública o particular. Esto es reforzado por el estado y la biomedicina. La etiqueta de ser migrante temporal indígena ayudará entender por qué las mujeres indígenas experimentan todo el maltrato en la trayectoria de su embarazo.

Metodología

Para hacer un análisis adecuado de la situación de las mujeres indígenas como migrantes temporales internas, analiza las diferentes leyes nacionales y estatales y convenciones internacionales en que México firmó en lugar. Con este análisis, mire a través de los estudios hechos por el acceso a servicios de salud dentro la partería tradicional y biomedicina como las leyes y convenciones no están funcionando para mujeres indígenas. También, utilice artículos que explican la marginalización que enfrentan las mujeres indígenas en México y el estado de Oaxaca, que afecta la calidad de servicios que van en búsqueda de durante su embarazo. La perspectiva migratoria interna es hecho a través del análisis de artículos que incluyen el traslado tradicional de poblaciones indígenas y el impacto de su migración en poblaciones que todavía viven en las comunidades de origen. Busque teorías feministas y migratorias que podría representar la experiencia de mujeres indígenas en tránsito y fuera de sus comunidades, que considere todos los aspectos de su identidad que afecta la trayectoria de cómo van a ser tratadas con un médico. Para tener un conocimiento más profundo, conduje dos entrevistas con expertas sobre la migración y partería tradicional.

Primeramente, entreviste a la Dra. Virginia Guadalupe Reyes de la Cruz, quien es una Profesora e investigadora en el Instituto de Investigaciones Sociológicas en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO). Dra. Reyes de la Cruz ha escrito *Efectos de la Migración en el Medio rural y Migración de retorno y Políticas Públicas. El desafío de la Región Migratoria*. Sus líneas de investigación incluyen las sociedades contemporáneas, investigación en porque personas migran (movilidad de migrantes y política pública) y el impacto de la migración. La entrevista fue realizada en español, grabación de voz con duración de 45 minutos.

Entreviste a la Dra. Zoila Jovita Ríos Coca, quien es la fundadora del grupo Parteras Diosas de Oxitocina en Oaxaca, capacitada en la biomedicina, pero ahora solamente practica la partería tradicional conjunto con su pareja en la organización. Dra. Coca es coautor del libro *La sabiduría del parto tradicional para un buen nacer* y ha estado practicando la partería tradicional por 30 años desde su salida de la biomedicina. La entrevista fue realizada en español, grabadora de voz y duró una hora y 12 minutos. Dra. Coca me invitó a un evento en celebración del Día internacional de las parteras abierto al público; en el evento se mostró dos testimonios de mujeres y su experiencia de violencia obstétrica. También se expone el arte de la pareja de Dra. Coca en la organización que se relaciona con los partos naturales.



PARTERAS DIOSAS
OXITOCINA

FESTEJA CON NOSOTRAS EL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PARTERAS

Este viernes 3 de mayo del 2024
 Proyección de 2 testimonios de partos
 A las 12.00 hrs
 En 3a Priv de Guadalupe Victoria num 107
 Y exposición de grabados con temática de la partería de la diosa de la creatividad
 Te esperamos

Imagen: Parteras Diosas de Oxitocina. Facebook.

Los individuos entrevistados dieron su consentimiento oral para la participación en la entrevista y recibieron una forma de consentimiento. Se les pidió consentimiento para la

grabación de la entrevista y dejó saber que la grabación sería guardada por hasta un año después del fin de la investigación. La participación de los entrevistados fue voluntaria.

Al posicionar las mujeres indígenas que hacen un traslado hacia la ciudad como migrantes temporales internas, hay un riesgo que esta información cae en las manos de alguien que usará esta información para pintar a las mujeres indígenas migrantes en una luz negativa. En la actualidad, cuando uno escucha el término “migrante”, lo primero que uno piensa es un inmigrante transnacional – alguien que se va de su país de origen en búsqueda de mejor calidad de vida, oportunidades económicas no disponible en el país de origen o huyen por razones de seguridad entre otras razones. Debido a la gravedad del ámbito migratorio en la actualidad, la etiqueta de “inmigrante” a mujeres indígenas embarazadas puede ser malinterpretada.

Además, es importante destacar mi posicionalidad como investigadora del extranjero en etiquetar las mujeres indígenas como migrantes; haciendo esta investigación en el ámbito académico, con teorías feministas conjunto a la migración, esta etiqueta es puesta a las mujeres indígenas con un contexto académico. Es decir, las mujeres indígenas no se están poniendo esta identidad en ellas mismas. La intención de esta investigación no es para hacer lo que académicos anteriores han hecho y poner etiquetas a personas sin que ellos se identifiquen así, sino, prestar atención a las desigualdades que mujeres indígenas enfrentan en la trayectoria de su embarazo que se puede destacar a través de una perspectiva migratoria. Considero el impacto de mi investigación en las vidas de mujeres indígenas y llevé a cabo esta investigación con estas cuestiones.

Marco Teórico

Esta revista de literatura discutirá el nivel de muerte materna, violencia obstétrica y morbilidad obstétrica y materna que las mujeres embarazadas enfrentan durante la trayectoria de

su embarazo, considerando el papel que juega su identidad(es) que históricamente determina su experiencia en los sectores público y privado. Hay un enfoque en la partería tradicional de México y específicamente en Oaxaca a llevar a cabo los embarazos de mujeres indígenas y cómo esta práctica es más segura para la mujer y su bebe en comparación a ser asistida por un médico capacitado en la biomedicina. Dentro los artículos analizados para esta investigación, también hay la consideración de cómo el estado a través de leyes, convenciones y declaraciones internacionales que el país de México participó en ha impactado las experiencias de mujeres indígenas en recibir atención médica. Estas leyes, entre otras consideraciones, deben de proteger el acceso seguro y con preferencia a como ellas quieren llevar a cabo su embarazo, pero no es el caso. Específicamente con la partería tradicional, las parteras enfrentan obstáculos para poder continuar su trabajo con mujeres embarazadas y pasar ese conocimiento hacia el futuro. En relación con la migración de poblaciones indígenas, mayoría de la erudición enseña que las poblaciones indígenas, al inicio de su flujo migratorio impresionante (1990 s), se fueron a lugares donde hay oportunidades de trabajo, o sea, se migraron por razones económicas.

Dentro el tema de la migración de poblaciones indígenas, la información disponible enseña que por la globalización que estalló a partir del los años 90s, la migración empezó a incrementar, especialmente desde lugares rurales hacia zonas urbanas y más específicamente lugares industriales, agroindustriales y turísticas (Granados Alcantar y Quezada Ramirez, 2018, p.330). También se señala que las razones principales para hacer un traslado es la razón económica.

Desafíos que la población indígena enfrentan en Oaxaca y más ampliamente en el país de México

Educación

Poblaciones indígenas tienen una tasa alta de marginación demostrada por el analfabetismo, bajo nivel de educación, nivel bajo de poder adquisitivo y por vivir en una situación precaria. Aunque México tiene la etiqueta de ser un país desarrollado y con la existencia de leyes de bienestar para todas las poblaciones, la población indígena se queda atrás. Con la consideración del acceso a servicios de salud, también es muy bajo la accesibilidad (Gijón Cruz y Reyes Morales, 2007, p.96). El nivel bajo de educación demuestra que la población indígena tendría menos oportunidades de trabajo y un salario competitivo (2007, p.97).

Para la población de mujeres indígenas, el nivel de educación señala el analfabetismo entre ellas; con este hecho, se puede decir que las mujeres son la población más excluida de acceso a la educación en comparación a los hombres en localidades con población indígena (2007, p.97).

Servicios médicos

Dentro del ámbito de servicios de salud en la esfera pública, las mujeres enfrentan un riesgo a su vida, mortalidad materna y morbilidad obstétrica, en comparación con otros países desarrollados. En un estudio hecho en el año 2009 en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, el hospital civil de Oaxaca, se atendieron 9,178 embarazos y 84% de esos embarazos resultó en el nacimiento de un bebé. El otro 16% resultó en la muerte del bebé. 66% de los partos fueron naturales, mientras 34% fueron cesáreas. De los embarazos en total, 2.1% de ellos experimentaron una morbilidad obstétrica, 11 de estos casos resultó en una muerte materna. Se puede conectar el resultado de los embarazos con los privilegios que las mujeres tuvieron en la trayectoria de sus vidas. Por ejemplo, 44% de las mujeres que experimentaron una morbilidad obstétrica solamente terminaron la primaria, 29% fueron a la secundaria y 11% tuvieron no nivel escolar. 10% de las pacientes que fueron atendidas para su embarazo tuvieron el Seguro Popular

y 89% de mujeres en el estudio no estuvieron inscritas en un programa de seguro social. Este grupo de mujeres son más propensos a enfrentar una disparidad en sus servicios médicos (Calvo-Aguilar, 2010).

En México, la proporción de muerte materna (PMM) en municipales donde la pobreza excede 40% es al nivel 98, la PMM en comunidades donde más que 40% de los residentes hablan una lengua indígena es 35 significados que mujeres que hablan una lengua indígena son dos veces probabilidades de morir de razones maternas (Arguello Avendano y Freyermuth Enciso, 2018). En el caso específico de mujeres indígenas en, el PMM fue 94, mientras el PMM a nivel nacional fue 47; la muerte materna es visto principalmente en Oaxaca y Chiapas, donde la población de personas indígenas es alta. El nivel de educación que recibieron las mujeres distingue el procedimiento de tomar decisiones en el contexto de su embarazo. Personas con niveles altos de educación son más probables a vivir una buena calidad de vida que influye la trayectoria de decisiones que toman durante su embarazo, además de tener redes de apoyo estables. Las mujeres que fueron a la secundaria, universidad o escuela graduada son 5 veces menos de morir durante la trayectoria de su embarazo (2018).

El nivel de muerte materna según el tipo de seguro que tienen las mujeres es variado en los estados de Oaxaca y Chiapas. El nivel de muerte materna para mujeres con IMSS es 30, para mujeres con Servicios Estatales de Salud (SESA) es 38, para las que tienen ISSSTE es 44 y en el servicio de IMSS-Prospera es 18 (2018). A pesar de que las mujeres tienen acceso a servicios médicos con un seguro social, el riesgo de muerte materna sigue siendo presente.

Muchas veces, las mujeres indígenas enfrentan el riesgo de la muerte materna o una morbilidad materna por la desinformación de los médicos en los centros de salud. Dra. Coca comparte que cuando mujeres indígenas van a centros de salud para un chequeo de su embarazo,

los doctores avisan que se tienen que alimentar con vitaminas y pensar en el hecho que ellas tienen que comer para dos personas, ella misma y su hijo. Pero, la partería tradicional enseña que la asistencia de alguna vitamina no es necesario porque la dieta de mujeres indígenas es muy limitado, con la dieta consistiendo de tortilla, café, frijoles, chile y a veces la carne y dan a luz a sus bebés de forma sano y natural (abril 29, 2024).

Barreras a acceder servicios médicos durante el embarazo para mujeres indígenas

En la teoría de Thaddeus y Maine, los factores sociales, culturales y musicales trabajan juntos para determinar los resultados de un embarazo y se piensa en tres fases mencionadas. Al nivel cultural, donde mujeres indígenas por la discriminación (no ser hispanohablante, no tener confianza en la biomedicina, etc.) que han experimentado todas sus vidas dentro de sus pueblos y afuera resulta en ellas pensando que no tienen derechos a los servicios médicos. En el segundo nivel socioeconómico, las mujeres no tienen acceso a transporte para hacer un traslado fuera de su localidad para buscar servicios médicos. La última fase del ámbito médico incluye la falta de personal en un edificio de servicios médicos puede alargar el tiempo que una mujer recibe atención médica (Arguello Avendano y Freyermuth Enciso, 2018).

Una barrera particularmente interesante es hecho por el corto de fondos para una programa que ayudaba a las mujeres indígenas y afromexicanas acceder servicios de salud con consideración a su cultura, qué lengua son hablantes de e identificar los problemas que ambas poblaciones enfrentan; la organización se llama Las Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana. Con cifras que enseñan la discriminación que mujeres indígenas enfrentan en el ámbito médico, el trabajo de esta organización se miraba necesaria, pero la Programa de Derechos Indígenas del Instituto Nacional de Personas Indígenas (INPI) corto los fondos a 75% (GIRE, 2021). Además,

el corto de fondos no fue adecuado porque, históricamente, las personas indígenas son excluidas de derechos a la salud reproductiva. Otro corto necesario para la población indígena fue cortado en el 2019, que fue el Seguro Popular; 72% de personas indígenas fueron asegurados por el Seguro Popular (2021).

Flujo migratorio interna de personas indígenas en Oaxaca y generalmente en Mexico

Estadísticas importantes enseñan que en la Encuesta Intercensal del 2015 de una diferencia de quinquenal, 3.2 millones personas de edad 5 y para arriba vivían en un lugar diferente de donde se ubican en el 2010, mientras en los años anteriores esa cifra fue más baja, señalando un decremento en la migración interna. La migración de las poblaciones indígenas en el año 2015 se compone mayormente de los hombres y personas jóvenes que están en el tiempo opima de estructura física, que se pueden identificar en la condición para trabajar dentro un sector laboral (Granados Alcantar y Quezada Ramirez, 2018, p. 338).

Se considera que el flujo migratorio durante el inicio del año fue más fuerte porque es el periodo en que se cosechan cultivos. En los más recientes tiempos, esto va cambiando porque el sistema de cultivación ha cambiado, ahora el cultivo de cosechas es hecho todo el año, por diferentes partes, en México y en los Estados Unidos, significando que los jornaleros indígenas hacen una migración que constantemente está cambiando. Esto señala que las personas indígenas no son migrantes de retorno, por la demanda del trabajo (Grandaos Alcantar y Quezada Ramirez, 2018).

En el contexto del estado de Oaxaca, es el estado número dos que la población indígena se va del estado; normalmente, esta población se migra hacia el norte de México y se van porque son una población marginalizada, significando que mayoría de la población vive en regiones rurales donde se enfocan principalmente en la agricultura, que ahora no es una manera segura de

sobrevivencia (Granados Alcantar y Quezada Ramirez, 2018, p.349). Dra. Reyes de la Cruz explica el traslado migratorio como una crisis económica:

“En los años 60 había mucho apoyo hacia el campo y entonces la gente estaba en sus parcelas, en sus territorios, ahí sembraba. En los 90 tuvimos una crisis migratoria, crisis económica, nivel global muy fuerte y es en Oaxaca donde más se empieza en los 80 a salir una cantidad impresionante de personas hacia la ciudad del valle de México, hacia los Estados Unidos todo mundo buscó como porque ya no daba con el sustento” (V. de la Cruz, comunicación personal, 18 abril, 2024).

Es claro que la falta del apoyo gubernamental y cambios en cómo se gana dinero (globalización) afecta los trámites migratorios.

En cifras más recientes, 1333,583 personas salieron del estado de Oaxaca permanentemente a otra parte del país, la mayoría se fueron hacia el estado de México, la Ciudad de México y Baja California entre los años 2015-2020 (INEGI, 2020). El 43.1% de migraciones en Oaxaca es para la reunificación familiar y el 10.9% es para buscar trabajo (INEGI, 2020). En un estudio realizado en Ixtlán de Juárez en la Sierra Norte, específicamente dos de sus municipios: Santiago Comaltepec y San Juan Evangelista Analco. En tres pueblos de Santiago Comaltepec: La Esperanza, San Martín Soyolapam y Santiago Comaltepec, 46% de los habitantes de Comaltepec residen en diferentes partes de México. En San Juan Evangelista Analco, 57% de los habitantes se fueron a centros urbanos y la mayoría de ellos se quedaron sin retorno a Analco (Berkes y Robson, 2011, p. 182).

Movilidad de migrantes internos

Desde una perspectiva del desarrollo, la migración se puede ver a través de una teoría llamada transición a la movilidad (“mobility transition” en inglés) hecho por Wilbur Zelinsky,

que estipula que cuando las sociedades pasan por diferentes fases de desarrollo, se modernizan y resulta en que la migración rural no es presente a un nivel más alto. También, desde una perspectiva del campo de la economía, se reconoce que la economía de una localidad está concentrada por las condiciones físicas y geográficas, además de las condiciones impuestas en el lugar que determina la accesibilidad. Dentro de estas localidades, el capital de cada individuo importa porque se predica la productividad de la economía a través de la demográfica de la población en una localidad (Caudillo-Cos y Tapia-McClung, 2014, p.6).

En un estudio realizado en la Ciudad de México sobre la migración de personas educadas, se encontró que personas con una educación universitaria o de la escuela graduada tienen más movilidad en comparación al resto de la población en la ciudad. Si estas personas con una educación universitaria o más arriba migran hacia lugares más desarrollados, las redes que establecen en sus lugares respectivos son más estables. Son por estas razones que en zonas metropolitanas, la población es más alta porque personas con más educación van hacia estos lugares que tienen una capitación de movilidad y redes en que personas se unen (Caudillo-Cos y Tapia McClung, 2014, p.10, 13-14).

En otro estudio conducta en San Francisco Cajonos (población indígena), la migración interna de mujeres de esta comunidad ha sido significativa; mujeres hacen el 55.6% de población y 62% de ellas migran internamente (Gijón Cruz y Reyes Morales, 2007, p.97). En el año 2005, se abrió una carretera que promovió la migración de esta población. Resultó que las mujeres indígenas de este pueblo a través de migrar, su nivel de educación subió, mientras que el nivel de educación para las personas que todavía viven ahí es bajo entre las mujeres. A través de la migración, hay un cambio durante la trayectoria migratoria, donde el género no es un factor tan

importante en considerar quién debe de ser educado, resultando en mejor calidad de vida (2007, p.98).

Es importante notar la pérdida de las raíces en ser un migrante sin deseo de retorno. Dra. Reyes de la Cruz explica que hay personas que, a partir de irse de su comunidad de origen, cortan sus raíces por razones de no identificar con un lugar que está “atrasado” (comunicación personal, abril 18, 2024). Personas que salen de su comunidad dicen esto porque las oportunidades y aprendizaje afuera de su comunidad es algo que no ha sido disponible y accesible para ellos, o sea, al acceder nuevo conocimiento, etiquetan sus raíces a ser “atrasadas”.

Impacto en comunidades de origen con alta tasas de migración sin retorno

La migración sin retorno tiene un impacto en las comunidades indígenas, positivas y negativas. La movilidad de salir del lugar de origen enseña la movilidad de la población en búsqueda de una mejor calidad de vida, pero sin una población estable en las comunidades, los cargos, economía y desarrollo de la comunidad llega a una parada. En las comunidades de Santiago Comaltepec y San Juan Evangelista Analco, estos efectos negativos se notan profundamente. En Comaltepec, menos de mitad de los comuneros (no son campesinos y ganan un salario por trabajar en construcción, laboral física, maestros, etc como profesionales) (Berkes y Robson, 2011, p.180) son residentes y 2/3 de los comuneros son considerados activos y las estadísticas en Analco es peor por razones que mucha de la población se fue hacia centros urbanos. La población de comuneros en ambas comunidades está llegando a edad avanzada; en Comaltepec, 48% de los comuneros y 57% en Analco tienen 50 años o más de edad (Berkes y Robson, 2011, p. 183). Esto significa que el porcentaje de personas jóvenes que nacieron en Comaltepec o Analco no viven en los pueblos. Sin una población que esté ahí para llevar a cabo los cargos y asumir la responsabilidad de comunero, los pueblos son menos estables y es

innegable que el futuro del pueblo es desconocido. Por cada cargo asignado, solamente hay 1.5 comuneros activos que pueden asumir la responsabilidad de ese cargo, esto quiere decir que no hay suficientes comuneros para llevar a cabo los cargos sin un tiempo de descanso adecuado (Berkes y Robson, 2011, p.183). Sin una población adecuada para completar los cargos, se aumentan los cargos que un individuo tiene que asumir, lo que puede conducir al agotamiento. Además, no hay personas calificadas para los cargos de alto nivel que requieren cierta capacitación para dirigir el pueblo desde una perspectiva gubernamental (Berkes y Robson, 2011, p.184). Los cambios a largo plazo incluye el fortalecimiento de la relación entre la población que vive afuera del pueblo de origen a través de asociaciones de comunidad natal (“Hometown Associations” en inglés). En las asociaciones de comunidad natal, se fortalece el apoyo monetario en remesas, pero las asociaciones se están debilitando por el incremento de asentamiento permanente fuera de las comunidades de origen (Berkes y Robson, 2011, p.187). La situación de las comunidades de Santiago Comaltepec y San Juan Evangelista Analco demuestra cómo un pueblo trata de seguir de mantenerse sin la población necesaria para asegurar que los cargos en diversidad de niveles se completen, pero con más personas de los pueblos trasladándose, es más difícil de rendir cuentas con ellos.

Consideración de género e identidades que impactan la trayectoria migratoria

Al centro de los estudios y movimiento feministas incluye la reconstrucción de género a través de implementar el papel que juega el secularismo del estado; para reconstruir el tema de género, se tiene que implementar ideas de justicia para las mujeres y sus cuerpos. Aquí, una feminista, Catherine MacKinnon, explica como el estado masculino controla a las mujeres y elimina la posibilidad que ellas mismas se puede autodefinir, pero esta perspectiva considera solamente la reconstrucción de género desde una perspectiva del oeste, ignorando las

experiencias de mujeres de países en procesos de desarrollo o del “tercer mundo” (La Barbera, 2012, p.17-18). Para analizar mujeres en tránsito, la teoría de feminismo multicentrado es utilizada en conjunto con “locacionalidad”. El feminismo multicentrado considera la diversidad de identidades y experiencias que mujeres enfrentan conjuntamente con su vocacionalidad; diversidad de identidades significa la consideración de raza, clase social y económico, origen cultural, etc. y todos estos aspectos que crea la identidad de una mujer se considera al nivel igual, o sea, no una parte de su identidad es más importante o significativa que otra (La Barbera, 2012, p.22-23). Mujeres típicamente enfrentan un tipo de discriminación por ser mujer, pero el propósito del feminismo multicentrado es para considerar todas sus identidades y como interactúan para explicar la discriminación que enfrentan (La Barbera, 2012, p.23).

Otra teoría importante para notar es la política de locación que define abajo de cuáles condiciones mujeres hacen un esfuerzo contra la discriminación que enfrentan los diferentes contextos socioculturales que entran en su vida cotidiana. Dentro esta teoría entra la idea de “ni dentro ni fuera” acuñado por Patricia Hill Collins. El término “ni dentro y afuera” significa que en la política de locaciones que mujeres viven en, no son parte de un grupo, específicamente cuando están en tránsito y cuando afuera de su comunidad de origen. Mujeres en tránsito enfrentan exclusión social por sus varias identidades que interactúan (feminismo multicentrado), pero esa exclusión es presencial cuando están en sus comunidades de origen también (La Barbera, 2012, p.24). Una manera de simplificar esta teoría es explicar que cuando mujeres están en sus comunidades de origen, son excluidas de su comunidad por, por ejemplo, ser una mujer sin educación, pero cuando hacen un tránsito hacia una zona urbana, pueden ser excluidas por ser hablante de lengua indígena y por ser una mujer sin educación. A través de la “ni dentro ni fuera”, las mujeres enfrentan exclusión interna y externa (2012, p.24). Cuando las mujeres están

en tránsito, les hacen falta la seguridad de su comunidad de origen; a través de esa falta de seguridad, mujeres intentan crear un ámbito seguro al traslado que hacen, quitando el estado de subordinación creado por la exclusión. Con la creación de nuevo espacios segura considerando todos aspectos de sus identidades, la discriminación se convierte en forma de seguro entre uno mismo (2012, p.24-25).

Contexto de la partería y servicios médicos durante la trayectoria de un embarazo en las leyes y declaraciones internacionales en México y el estado de Oaxaca

Al nivel internacional

Artículo 4 de la Convención Americana de los derechos humanos: la presencia y riesgo de muerte materna es una violación a los derechos humanos y salud según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Artículo 12 y Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Artículo 12. Artículo 12 de CEDAW explica que las mujeres no deben de enfrentar discriminación cuando reciben servicios médicos. (GIRE, 2021). CEDAW se puede entender como una declaración de derechos para mujeres al nivel internacional que básicamente responsabilizar a los países en asegurar que hay una igualdad entre los hombres y las mujeres a través de eliminar leyes que pueden ser interpretadas como discriminatorias contra las mujeres y poner en lugar protecciones contra la discriminación de mujeres (UN WOMEN, 2007). Con la convención de CEDAW, el gobierno tiene la responsabilidad de asegurar que las mujeres de cualquier origen no sean discriminadas. A través de la entrevista que conduce con la Dra. Coca, se revela que mujeres de cualquier origen enfrentan violencia obstétrica.

“Recientemente, sí ha habido algunas mujeres que hemos estado acompañando en las consultas que han dicho, les han gritado y les han dicho, como cuando lo estabas

haciendo, no gritabas así, entonces sí sigue habiendo violencia psicológica, considerada obstétrica, o incluso si no te apuras, te vamos a hacer cesárea, quién puede fluir, quién puede parir más sanamente cuando existe esta presión de sí no te apuras, te hacemos cesárea o si no te apuras, te cortamos la vagina o si no te apuras, se va a morir tu bebé, cuestiones así que se han naturalizado en los ámbitos de atención de los partos de cualquier mujer” (J.Coca, comunicación personal, abril 29, 2024).

Las mujeres en vez de tener poder de cómo actuar durante su parto y en los servicios de salud, experimentan niveles de violencia obstétrica. En los testimonios mostrados en el evento presentado por Parteras Diosas de Oxitocina, dos mujeres dieron sus historias con centros de salud y como las maltrataron. En el primer testimonio, el individuo comparte que fue al ISSSTE para su tercer embarazo, donde le dijeron que iba a parir cesaría durante el trabajo de parto. Ella fue con la Dra. Coca para su segundo embarazo y el parto fue natural, así que en el ISSSTE, tuvo que defenderse ella misma y tuvo su bebe de parto natural (Festejo Día internacional de las parteras en Parteras Diosas de Oxitocina, 3 mayo, 2024). A pesar de que el CEDAW se ratificó en los años 80s, mujeres siguen enfrentando violencia y discriminación al nivel médico durante su embarazo.

Al nivel nacional

La Ley general de salud (LGS) asegura:

- La protección de la salud es un derecho humano (Artículo 4 en la Constitución).
- Servicios de salud se brindarán a un nivel de calidad adecuado y gratuito para personas que no tengan un seguro social.
- La responsabilidad de crear puntos de acción para disminuir un embarazo con riesgos es la Secretaria de Salud. Las responsabilidades incluye un acceso a parteras para brindar

atención obstétrica (Artículo 64), asegurar que la Sociedad Civil, además que el Sector privado, participa en apoyar la salud materna (Artículo 66) y crear comités que se enfocan en la prevención y disminución de la muerte materna (Artículo 62) (GIRE, 2021).

NOM-07-SSA-2016 (NORMA Oficial Mexicana) asegura su funcionamiento “Para atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de personas recién nacidas” (GIRE, 2021). La atención se brindará en sectores públicos y privados; cierta protección incluye la eliminación de ruptura oficial, significando que el parto debe de ser de manera natural y no acelerado y contarle a la paciente el procedimiento de su parto y darle la información requerida por ella (GIRE, 2021). En darles toda la información sobre el servicio médico que la mujer está recibiendo, la mujer es la protagonista en su propio embarazo, un término que usó Dra. Coca en nuestra entrevista.

“... saber a la mujer que ella es la protagonista de su parto y del nacimiento de su bebe, es decir, en muchos ámbitos médicos se realizan intervenciones que son innecesarias” (J. Coca, comunicación personal, 29 abril de 2024).

La creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para brindar atención a las políticas de salud reproductiva, especificar los límites y poderes de las políticas de salud reproductiva, además de evaluar si verdaderamente las políticas funcionan (GIRE, 2021). Entre las creaciones de centros y comités, además de las leyes a nivel nacional y estatal para brindar servicio de calidad a las mujeres con respeto a la medicina tradicional, estas implementaciones no son respetadas. Dra. Coca en nuestra entrevista menciona que instituciones tienen un doble moral, donde enfatizan la importancia de las raíces en prácticas y tradiciones de comunidades indígenas, pero realmente, no apoyan a la medicina tradicional (abril 29, 2024).

Al nivel estatal

La Ley de Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Oaxaca reconoce que la medicina tradicional como una práctica legítima. Dentro esta ley, hay artículos que señalan a la protección social y de la salud utilizando la medicina tradicional conjunto con la disponibilidad de servicios biomédicos; el costo de estos servicios debería ser cubierto por el estado (García Chávez y Ríos Coca, 2016, p.52).

La partería en actualidad, Oaxaca

La mayoría de las parteras son indígenas entre las edades 50-70 años; aprendieron la partería a través de un miembro de su comunidad, por necesidad de trabajo o simplemente para ayudar a alguien cercana de ellas en su vida. Por ser mayores de edad, se enferman sin un seguro social o acceso adecuado a servicios de médico, aunque el trabajo que ellas hacen es una ayuda para generaciones de mujeres que dieron a luz. Al llegar a mayor edad, es más difícil de continuar el trabajo, pero quieren pasar su conocimiento hacía generaciones menores para continuar la tradición de partera. El problema que enfrentan es que las generaciones jóvenes no quieren aprender la partería porque han sido influenciados por la hegemonía de la biomedicina siendo la mejor manera de atender partos, miedo de repercusiones y encarcelamiento en caso de que una complicación ocurra durante el parto que están atendiendo.

“... muchas dicen es que nos prohíben y si pasan el conocimiento a otras mujeres interesadas pues lo hacen de manera pues en el ocultamiento” (J. Coca, comunicación personal, abril 29, 2024).

A través de la información que compartió la Dra. Coca, si hay un deseo de continuar la tradición de la partería, pero por los esfuerzos de las instituciones en parar la tradición, la enseñanza de la partería es hecho en secreto, por razones de seguridad.

Un obstáculo extra que las parteras enfrentan en la línea de su trabajo es el recorte financiero del estado y cambios en el Sector Salud. El Sector Salud cortó el Seguro Popular y en vez instalaron IMSS- Bienestar, que es nueva estructura para los servicios públicos que el estado brinda. El problema cae en que las personas que trabajan en IMSS-Bienestar no saben las responsabilidades parte de su trabajo por falta de guías y límites de poder no impuesto. También, el IMSS-Bienestar debe brindar servicios de parteras, pero en vez, mandan mujeres a las Unidades Médicas Rurales (UMR) entre otros hospitales no capacitados para recibir casos de emergencias del embarazo. Dra. Coca comparte que con los programas del estado, como el que se menciona apenas, a las mujeres se les condiciona que vayan a centros de salud, pero si hacen algún error, ponen en riesgo su estatus de seguir recibiendo apoyo (abril 29, 2024). En el corto de fondos, la pérdida de traductores y otro personal esencial brinda un servicio peor que la partería.

Las parteras describen una forma de subordinación de su trabajo por la hegemonía de la biomedicina. Los trabajadores del Sector Salud tratan a las parteras como inferior, sin ofrecer apoyo para ellas y discriminandolos (Berrio Palomo y Sesia, 2022). Esto es demostrado a través de testimonios de parteras:

“Consideran el parto natural con las parteras indígenas como una práctica poco salubre o sucia, o como hay mujeres parteras indígenas que no sabe leer, esto también ha sido como un estigma del ámbito médico para hacer ver que no es posible que las mujeres puedan seguir pariendo en sus comunidades como lo han hecho desde hace muchos siglos” (J. Coca, comunicacion personal, abril 29, 2024).

La hegemonía de la biomedicina actúa como una forma de controlar los cuerpos de las mujeres, pero esto no es cuestionado porque en comparación con la partería, la partería se identifica como una práctica no suficientemente capacitada para atender el parto de mujeres

(Garcia Chavez y Ríos Coca, 2016, p.54). Si las parteras enfrentan formas de discriminación, menos de ellas van a querer seguir trabajando por el Sector Salud, resultando en el refuerzo de la biomedicina si la paciente no tiene la opción de ir con una partera. La evidencia enseña que la atención de una partera es más segura en prevenir la muerte materna que ir a un médico (2016, p.69) y Oaxaca es el estado número tres en México que atiende los partos con la partería tradicional (Dra. Coca, abril 29, 2024).

¿Las mujeres indígenas en búsqueda de servicios médicos verdaderamente son migrantes temporales internas?

A partir de la definición de la migración que es “La posibilidad de emprender una nueva vida en un lugar diferente, adquiriendo una mejoría en oportunidades de trabajo, educación, vivienda, salud y seguridad, ha motivado a las migraciones en toda la historia de la humanidad” (Observatorio de Migración, 2024), el traslado de mujeres indígenas se puede considerar como una migración porque están en búsqueda de mejores oportunidades de salud y seguridad, aunque sea temporal. La migración temporal de poblaciones indígenas en los fines del último siglo fueron señalados por la necesidad de salir de la comunidad de origen porque la globalización ya asumió poder en como se puede sobrevivir. La migración tradicional era un traslado hacia lugares más poblados en centros urbanos en el norte de México, simplemente porque ahí había oportunidades de trabajo, hecho principalmente por hombres. Aunque esta movilidad se puede ver en luz positiva para las poblaciones indígenas que han sido etiquetados como atrasados y que influye la decisión en tiempos más recientes del asentamiento permanente, esto afecta a las mujeres indígenas hoy en día. Con la hegemonía de la globalización que incluye la dominancia de servicios de salud biomédicos y un distanciamiento de la agricultura como forma de sobrevivir, los cargos típicos en comunidades indígenas se han hecho más difícil de completar

por la migración pesada que dejó las comunidades con poblaciones bajas. Esto limita los servicios disponibles en las comunidades indígenas, afectando a las mujeres indígenas embarazadas a largo plazo. Mujeres indígenas son forzadas a ir a un centro de salud fuera de su localidad, aunque puede haber una partera en su comunidad, la hegemonía de la biomedicina impuesta por el gobierno y poderes estatales hace una pérdida de la partería tradicional que es una opción más sana y seguro. ¿Ahora que se define a las mujeres indígenas embarazadas como migrantes, como se sitúan como migrantes temporales?

Hay varias consideraciones de se debe sé tomar en cuenta que identifica el traslado de mujeres indígenas en Oaxaca como migrantes. En la teoría de feminismo multicentrado, se consideran todas las identidades y factores que interactúan en conjunto para explicar las experiencias de la mujer en tránsito y de una vez fuera de su lugar de origen. Las diferentes partes que se han definido como parte de la identidad de mujeres indígenas incluye los bajos niveles de educación que obtienen, que influye su procedimiento en tomar decisiones, el nivel de sentirse que tiene derecho a algo y las redes de apoyo que tienen en su vida. Otras partes de sus identidades incluye ser hablante de lengua indígena, hispanohablante o ambos que afectará el tratamiento que recibí en ámbitos fuera de comunidad de origen. Una parte importante de enfatizar en la identidad de mujeres indígenas es ser mujer y personas indígenas; históricamente, estas dos identidades han jugado un papel en la discriminación y práctica de subordinación. Pensando en todos estos aspectos juntos con la información de los estudios sobre la muerte materna, violencia obstétrica y morbilidad obstétrica, las razones en que mujeres indígenas enfrentan discriminación se puede precisar a todos los aspectos de la identidad. La razón por la que las mujeres indígenas están sujetas a la violencia obstétrica es en parte por su bajo nivel de educación, que demuestra falta de apoyo interno de su comunidad y falta de conocimiento sobre

sus derechos. En los centros de salud, las mujeres que enfrentan mayor violencia obstétrica y muerte materna son las que hablan una lengua indígena por la imposición del español como lengua que todos deben de saber y tener fluidez en. Además, mayoría de las mujeres que son parteras y Acompañan a las mujeres indígenas a centros de salud, también enfrentan una discriminación por participar en una tradición considerar atrasada por la biomedicina.

La política de locación y su idea de “ni dentro ni afuera” se tiene que considerar cuando pensando en él tramitó que hacen las mujeres indígenas para llegar a un punto de recibir ayuda médica en la trayectoria de su embarazo. Ser ni de dentro ni de afuera para las mujeres indígenas es decir que cuando están en sus comunidades, hay una forma de protección dentro sus redes de apoyo, pero todavía son excluidas del ámbito “avanzado” considerando que los hombres son los que participan en la migración tradicional además de tener cargos específicos para ellas como mujeres. Cuando están dentro de sus comunidades, no se consideran como personas de afuera, o sea, lugares urbanos, por las entidades que tienen. Cuando están afuera, su identidad de ser mujer indígena, no hablante del español y tener bajo conocimiento del sistema biomedicina es lo que más se nota y se usa como forma de incluirlas.

La pérdida de raíces y prácticas tradicionales a través de la migración es definitiva

Dentro este estudio, me enfoqué bastante en la historia y práctica de partería tradicional en Oaxaca y el país de México. El enfoque viene desde una perspectiva que las raíces de la partería se van perdiendo a través de la migración de las mujeres indígenas; al final de esta investigación, es definitivo que, a través de la migración, no hay una pérdida de la partería tradicional. El caso que es enfatizado por la Dra. Coca y las entrevistas realizadas con parteras es que el gobierno está contribuyendo a la pérdida de la partería. El gobierno apoya a los ámbitos de servicios de salud más y ellos mismos crean la dominancia de la biomedicina. Las leyes en lugar

de proteger a la mujer, la partera y medicina tradicional es una doble moral, como dijo Dra. Coca. Es un doble moral porque el gobierno quiere verse de manera positiva de manera a apoyar la continuación de la medicina tradicional como la partería, pero dan condiciones y amenazas contra las parteras que atienden partos y mujeres en búsqueda de una partera. El gobierno tiene que ser responsable por la pérdida en la fe de la medicina tradicional, como la partería que ofrece un parto con menos riesgos y con mujeres que entiendan la situación de la mujer, que es un ámbito sin violencia obstétrica. La partería se está perdiendo a través de la migración por razones que el gobierno enfatiza que la biomedicina es una opción mejor, que ahora las mujeres indígenas entre otras poblaciones empiezan a creer.

Conclusión

Esta investigación se llevó a cabo para conceptualizar el traslado de mujeres indígenas embarazadas hacia centros de salud en zonas urbanas como una migración temporal. El traslado se puede conceptualizar como una migración forzada por la falta de servicios de salud dentro de las comunidades de origen. Ese traslado y experiencia dentro los centros de salud son dependiente de las identidades que el individuo posea; en el caso de mujeres indígenas que son un grupo vulnerable y marginalizadas, serían maltratadas por todas sus identidades trabajando juntos. De esta manera, nunca serían de “dentro ni fuera”, representado por sus experiencias dentro su comunidad (bajo niveles de educación y cargos “femeninos” y por la violencia obstétrica que enfrentan en los centros de salud.

Con el hecho que los poderes estatales son culpables por la alta tasa de violencia obstétrica, muerte materna y exclusión de servicios de bienestar, es tiempo que el énfasis en la confianza de la biomedicina llegue a una parada completa, si no, la tasa de muerte materna y violencia obstétrica seguirá subiendo. El estado tiene que cumplir con sus responsabilidades

resaltadas por la convención internacional de CEDAW, la Ley General de la Salud, NOM-007-SSA-2016, dar financiamiento a grupos civiles que contribuyen al mejoramiento de acceso a servicios médicos para mujeres marginalizadas, etc.

Quiero reiterar que la etiqueta de migrante en esta investigación es usada para dar atención a las experiencias discriminatorias contras las mujeres indígenas durante su embarazo, así que el propósito de esta investigación no es para pintar a las mujeres indígenas como migrantes sin que ellas lo reivindican en primer lugar.

Él avanzó del tema de la migración de mujeres indígenas en búsqueda de servicios médicos para su embarazo debería considerar testimonios directos de mujeres indígenas antes de introducir la identidad de migrante, especialmente dentro del contexto actual del ámbito migratorio en México.

Referencias

Alcántar, J. a. G., & Ramírez, M. F. Q. (2018a). Tendencias de la migración interna de la población indígena en México, 1990-2015. *Estudios Demográficos Y Urbanos De El Colegio De MéXico/Estudios Demográficos Y Urbanos*, 33(2), 327–363.

<https://doi.org/10.24201/edu.v33i2.1726>

Alcántar, J. a. G., & Ramírez, M. F. Q. (2018b). Tendencias de la migración interna de la población indígena en México, 1990-2015. *Estudios Demográficos Y Urbanos De El Colegio De MéXico/Estudios Demográficos Y Urbanos*, 33(2), 327–363.

<https://doi.org/10.24201/edu.v33i2.1726>

Calvo-Aguilar, O., Morales-Garcia, V. E., & Fabian-Fabian, J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecologia Obstetrica Mexico*, 660–668.

Caudillo-Cos, C., & Tapia-McClung, R. (2014). Patterns of Internal Migration of Mexican Highly Qualified Population through Network Analysis. In *Lecture notes in computer science* (pp. 169–184). https://doi.org/10.1007/978-3-319-09147-1_13

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. (n.d.).

<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

Enciso, G. F., & Avendaño, H. E. A. (2018). Maternal Mortality of Indigenous Women in Mexico: An Analysis from the Perspective of Human Rights. In *Global maternal and child health* (pp. 385–400). https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4_20

Garcia Chavez, B., & Rios Coca, Z. J. (2016). *La sabiduria del parto tradicional para un buen nacer* (1st ed.). Consorcio Internacion arte y Escuela.

GIRE. (2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una decada de avances y pendientes 2010-201*.

La Barbera, M. (2012). Intersectional-Gender and the Locationality of Women “in Transit.” In *Springer eBooks* (pp. 17–31). https://doi.org/10.1007/978-94-007-2831-8_2
Movimientos migratorios. Oaxaca. (n.d.).

https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/oax/poblacion/m_migratorios.aspx?tema=me&e=20

Observatorio de Migracion. (n.d.). Observatorio de Migracion.

https://productosdigepo.oaxaca.gob.mx/observatorio_migracion/movimientos.html

Parteras Diosas de Oxitocina. (2024, abril 22). Tanto camino recorrido por las que nos antecedieron, por nosotras y las que vienen caminando unidas, festejemos el día internacional de las parteras!!!! Facebook.

https://www.facebook.com/photo/?fbid=959842306142776&set=a.509052594555085&locale=es_LA

Reyes Morales, R. G., & Gijon Cruz, A. S. (2007). Vulnerabilidad social de las mujeres y la poblacion indigena en Oaxaca, 2005: Restricciones y estrategias. *Revista Limina R.Estudios Sociales Y Humanisticos*, V(2), 90–107.

Robson, J. P., & Berkes, F. (2011). How does Out-Migration affect community institutions? A study of two Indigenous municipalities in Oaxaca, Mexico. *Human Ecology*, 39(2), 179–190. <https://doi.org/10.1007/s10745-010-9371-x>

Sesia, P. M., & Berrio Palomo, L. R. (2023). SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN SEIS ESTADOS DE MÉXICO INFORME EJECUTIVO 2021 - 2022. In *Observatorio De Mortalidad Materna En Mexico* (No. 321319). CIESAS. <https://omm.org.mx/blog/situacion-actual-de-la-parteria-indigena-en-seis-estados-de-mexico/>