

# SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN SEIS ESTADOS DE MÉXICO

## INFORME EJECUTIVO 2021 - 2022

• CHIAPAS • GUERRERO • VERACRUZ  
• OAXACA • QUINTANA ROO • YUCATÁN

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio P.

CON LA COLABORACIÓN DE:

V. Coral Mendoza López

Adriana Lozano Daza

Aidé Rodríguez Salauz





# SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN SEIS ESTADOS DE MÉXICO

## INFORME EJECUTIVO 2021 - 2022

• CHIAPAS • GUERRERO • VERACRUZ  
• OAXACA • QUINTANA ROO • YUCATÁN

**Paola Ma. Sesia  
Lina Rosa Berrio P.**

CON LA COLABORACIÓN DE:

**V. Coral Mendoza López  
Adriana Lozano Daza  
Aidé Rodríguez Salauz**

Este informe es resultado del proyecto No. 321319, financiado por el PRONAI-PRONACE Salud del CONACyT, bajo la responsabilidad técnica de Paola Ma. Sesia y desarrollado en co-coordinación con Lina Rosa Berrío, ambas profesoras-investigadoras del CIESAS-Pacífico Sur.

Se agradece al CONACyT y en particular a Mariana Cárdenas González, directora del PRONACE Salud, por su constante apoyo. CIESAS, Derechos reservados

Impreso en la ciudad de Oaxaca de Juárez, Oax.  
En los talleres de Agrafiks de RL de CV,  
Abril 2023

# Contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Contexto de la partería indígena en México</b>  | <b>1</b>  |
| El objetivo   | 2         |
| La metodología  | 3         |
| Organización del informe  | 9         |
| <b>2. Las parteras tradicionales indígenas de seis estados de la república</b>  | <b>11</b> |
| Caracterización de las parteras   | 11        |
| Condiciones de salud, de trabajo y de procesos de envejecimiento  | 12        |
| Transmisión de saberes  | 14        |
| Procesos organizativos  | 16        |
| El papel de la partería durante la pandemia por COVID-19  | 18        |
| <b>3. El personal de salud vinculado a la partería tradicional</b>  | <b>23</b> |
| Caracterización del personal entrevistado   | 23        |
| Programas y políticas públicas en relación a la partería  | 23        |
| Actualidad del sector salud   | 25        |
| La reducción presupuestal y el financiamiento para partería   | 27        |
| <b>4. Relación sector salud-parteras tradicionales</b>  | <b>31</b> |
| Relación sector salud-parteras tradicionales desde la perspectiva del personal de salud                               | 31        |
| Relación sector salud-parteras tradicionales desde la perspectiva de las parteras                                     | 33        |
| Las capacitaciones: el mecanismo fundamental de relación, registro, intervención y difusión del pensamiento biomédico | 36        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>5. Barreras y Demandas</b>   | <b>41</b> |
| Barreras identificadas por el personal de salud en la vinculación con parteras tradicionales  | 41        |
| Certificados de nacimiento  | 43        |
| Necesidades y demandas de las parteras  | 46        |
| Necesidades y demandas de las parteras desde la perspectiva del personal de salud   | 47        |
| <b>6. Marco normativo y legislativo sobre la partería indígena en México</b>  | <b>49</b> |
| <b>7. Conclusiones y recomendaciones</b>  | <b>55</b> |
| Recomendaciones Generales   | 59        |
| Recomendaciones al Legislativo  | 59        |
| Recomendaciones al sector salud federal y de las entidades federativas  | 59        |
| Recomendaciones al Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) y las Secretarías estatales de los pueblos indígenas y afroamericanos | 60        |
| Recomendaciones a organizaciones de parteras y organizaciones sociales  | 62        |
| <b>8. Bibliografía</b>  | <b>65</b> |

# 1. Contexto de la partería indígena en México

La partería tradicional es parte de los sistemas de salud de los pueblos indígenas y un recurso importante para el cuidado de las personas y la reproducción de la vida. Es un tema de estado para México por la importancia que reviste para el cuidado de la salud materna y por los compromisos internacionales firmados en materia de protección a los derechos de los pueblos indígenas, reconocido en los marcos normativos, tanto en el ámbito internacional como nacional.

La Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas (2007) establece la obligatoriedad de los estados de garantizar el respeto a las medicinas tradicionales, así como las medidas orientadas a garantizar a la población indígena, el más alto disfrute de la salud integral y el acceso sin discriminación a todos los servicios de salud. Del mismo modo se establecen estas obligaciones en el convenio 169 de la OIT, en la Constitución mexicana, en la Ley General de Salud la cual mandata “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”<sup>(1)</sup>, en la NOM 007 en salud materna y en diversas disposiciones de la Secretaría de Salud Federal (SSA) la cual establece además un código de contratación de parteras tradicionales (M02120) en los servicios de salud.

La partería tradicional tiene una presencia muy importante en México. Los datos de la Secretaría de Salud mencionan que 26 entidades federativas cuentan con registro de parteras y en 2020 había 15 835 parteras(os) tradicionales en el país, de las cuales el 91 % permanecen activas y tienen un promedio de 29 años de servicio (Secretaría de Salud, 2021:33). Se trata de un saber ancestral transmitido a través de generaciones, que forma parte del acervo de conocimientos de los pueblos indígenas sobre el territorio, la naturaleza, la cosmovisión, la

---

1. Véase: LGS Título Segundo, Capítulo I, Disposiciones Comunes, fracción VI Bis.



cultura, la reproducción y el cuerpo; su preservación, ejercicio y fortalecimiento están considerados como elementos fundamentales en la garantía y el disfrute de los derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas. Es además un recurso fundamental para la salud materna y neonatal, especialmente en municipios y regiones considerados mayoritariamente indígenas, pero también y de modo creciente, en contextos urbanos como la Ciudad de México u otras ciudades pequeñas o medianas que están rodeadas por enclaves indígenas.

Esta investigación surgió como una respuesta a la necesidad de contar con un panorama actualizado acerca de la partería tradicional indígena en seis estados de la República donde la presencia de la partería es y/o ha sido históricamente muy importante: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán; así como el papel que estas parteras han jugado en relación a la salud materna y neonatal en el contexto de la pandemia de COVID-19. Se inscribe en un marco normativo internacional que reconoce, defiende y promueve el derecho de los pueblos indígenas a preservar y ejercer sus medicinas tradicionales lo cual incluye la partería, y un marco constitucional y legislativo en México que pretende adecuarse al derecho internacional en la materia. Asimismo, planteamos reconocer que las aportaciones de la partería tradicional son cruciales para garantizar la salud materna y perinatal en nuestro país, sobre todo en regiones donde las parteras indígenas tienen mayor presencia y donde desempeñan sus servicios.

## El objetivo

La investigación se desarrolló a lo largo de dos años (2021-22) y tuvo como objetivo:

*Realizar un diagnóstico colaborativo con parteras organizadas o no organizadas, sobre el estado de la partería indígena en seis estados (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán) de la república mexicana, incorporando adicionalmente las percepciones de autoridades y personal de salud y algunas parteras afromexicanas de la Costa de Guerrero y Oaxaca; con la finalidad de tener un panorama actualizado con respecto a su presencia, incidencia, interacción con el sistema institucional público de salud y desempeño en la salud materna de las mujeres indígenas.*

*Igualmente se planteó fortalecer su actuar e interacción con las autoridades sanitarias locales y estatales, tomando en cuenta lo que aportan con su oferta de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19; y hacer recomendaciones de política pública a la Secretaría de Salud federal y al Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), como instituciones rectoras en sus respectivos ámbitos de trabajo.*

Se trata entonces de un diagnóstico cualitativo y colaborativo, realizado con la finalidad última de proveer de información útil a las organizaciones de parteras, así como de incidir, desde un enfoque de derechos, en el desarrollo de la política pública en los ámbitos de la salud materna y perinatal, la partería tradicional y la promoción y defensa de los derechos colectivos de los pueblos indígenas en este ámbito de la salud y la medicina tradicional.



## La metodología

La estrategia metodológica incluyó varios componentes. Primero, **se revisaron los marcos normativos referentes a partería tradicional y partería indígena**, emitidos por organismos multilaterales, así como por cinco países de América (Bolivia, Guatemala, Canadá, Ecuador y Colombia) donde hay un alto número de parteras, o donde se han implementado algunas estrategias de reconocimiento estatal a la partería indígena, y/o experiencias de organizaciones sociales e indígenas en torno a su defensa. Adicionalmente, se revisó en detalle el caso mexicano.

Segundo, **se revisaron los nacimientos ocurridos en México de 2015 a 2022**, con énfasis en 2020-22, utilizando los datos oficiales del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Dirección General de Información en Salud de la SSA, analizando la evolución de los partos ocurridos con parteras a nivel nacional, en los seis estados seleccionados. Este panorama nos permitió identificar un repunte significativo en el número de partos atendidos por parteras durante la pandemia por SARS-COV-2 (2020 y 2021). Esta revisión fue vital para seleccionar los municipios y regiones a incluir en el trabajo de campo.

En tercer lugar, **se realizaron los estudios de caso con parteras en los seis estados durante 2021 y 2022**, considerando los siguientes ejes temáticos:

1. La presencia y características identitarias de las parteras, transformaciones en sus prácticas en el tiempo, y su utilización por las mujeres en el entorno donde ejercen la partería y en qué etapas del proceso reproductivo.
2. Procesos de enseñanza-aprendizaje en los que pueden o no estar inmersas, tanto en formación continua para ellas mismas, así como en enseñar a aprendices.
3. Relación con los servicios institucionales públicos de salud e identificación de las brechas reales entre leyes/normas, y las realidades que ellas enfrentan en lo local.
4. Su participación en procesos organizativos formales o informales y/o en alianzas, en defensa de sus derechos y los derechos de las mujeres indígenas.
5. Contexto COVID, las aportaciones de su oferta de atención y posibles cambios en su presencia y prácticas en lo local.

La investigación fue realizada con parteras indígenas de los estados de Oaxaca, Guerrero, Chiapas en 2021 y Quintana Roo, Yucatán y Veracruz en 2022. También se incluyeron algunas parteras mestizas y afromexicanas en la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca. Durante el primer año se contactaron a parteras organizadas en los tres primeros estados y durante el segundo se amplió a parteras no organizadas en los otros estados. En total se realizaron 257 entrevistas, la mayoría individuales y unas cuantas colectivas, a parteras y parteros distribuidas de la siguiente manera: 108 en el año 2021 y 149 en 2022. Su distribución por estados, municipios y regiones se ilustra en la Tabla 1.



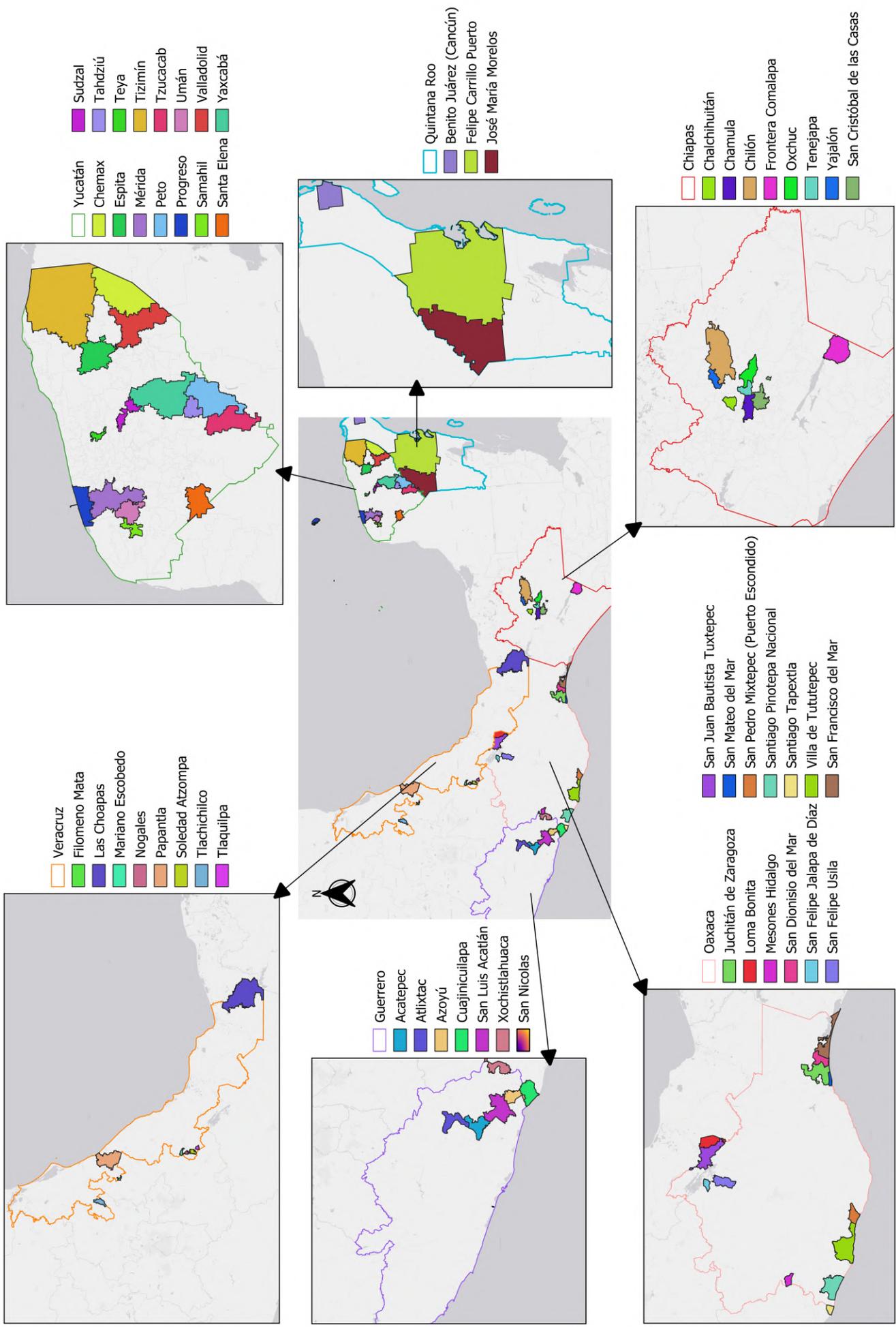
Tabla 1. Cuadro de distribución de parteras entrevistadas 2021 y 2022

| ENTIDAD FEDERATIVA | PARTERAS ENTREVISTADAS | REGIÓN             | MUNICIPIOS  |
|--------------------|------------------------|--------------------|---|
| Chiapas            | 37                     | Los Altos          | San Cristóbal de las Casas, Tenejapa, San Juan Chamula, Chalchihuitán y Oxchuc        |
|                    |                        | Frontera           | Frontera Comalapa   |
|                    |                        | Selva              | El Chilón y Yajalón   |
| Guerrero           | 31                     | La Montaña         | Atlixac y Acatepec  |
|                    |                        | Costa chica        | San Luis Acatlán, Quetzalapa, Xochistlahuaca, Cuajinicuilapa y San Nicolás            |
| Oaxaca             | 47                     | Mixteca            | Mesones Hidalgo   |
|                    |                        | Papaloapan         | San Juan Bautista Tuxtepec, Loma Bonita, San Felipe Jalapa de Díaz y San Felipe Usila |
|                    |                        | Istmo              | Juchitán, San Mateo del Mar, San Francisco del Mar y San Dionisio del Mar             |
|                    |                        | Costa              | Pinotepa Nacional, Tututepec y Santiago Tapextla                                      |
| Yucatán            | 38                     | Poniente           | Samahil   |
|                    |                        | Noroeste           | Progreso, Mérida y Umán   |
|                    |                        | Centro             | Sudzal y Teya   |
|                    |                        | Noreste            | Tizimín y Espita  |
|                    |                        | Oriente            | Valladolid, Chemax, Tahdziu, Peto y Yaxcabá   |
|                    |                        | Sur                | Santa Elena   |
| Quintana Roo       | 9                      | Maya               | Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos   |
|                    |                        | Norte              | Benito Juárez (Cancún)  |
| Veracruz           | 95                     | Las Altas Montañas | Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Nogales y Mariano Escobedo                                |
|                    |                        | Huasteca Baja      | Tlachichilco  |
|                    |                        | Olmeca             | Las Choapas   |
|                    |                        | Totonaca           | Filomeno Mata y Papantla  |
| <b>TOTAL</b>       | <b>257</b>             |                    |   |

Fuente: elaboración propia con base en datos del proyecto.

En el siguiente mapa se pueden observar los municipios y regiones donde se realizaron las entrevistas. Tres regiones en el caso de Chiapas, cuatro en Oaxaca, dos en Guerrero, cuatro en Veracruz, dos en Quintana Roo y seis en Yucatán (véase Mapa 1):

Mapa 1. Municipios y entidades federativas trabajo de campo con parteras, 2021-22



Fuente: Elaboración Edgar Delgado Hernández



Para su selección, se consideraron municipios que aparecían con altos números de partos atendidos por parteras en la base SINAC (en los seis estados); las sugerencias de las organizaciones y redes de parteras locales, en los casos de Chiapas, Quintana Roo, Guerrero y Oaxaca; y las sugerencias de las autoridades de salud, en los casos de Yucatán y Veracruz.

**Se entrevistó al personal de salud en 2022**, incluyendo a 93 personas pertenecientes a 19 jurisdicciones sanitarias, entre médicos y enfermeras de los programas de Partería, Salud materna o Salud reproductiva que trabajan en los Servicios de Salud en cada una de las entidades. La definición de quiénes entrevistar dependió de las características de cada entidad, la apertura en cada una de las Secretarías estatales y la priorización de jurisdicciones con mayor número de partos atendidos por parteras indígenas en cada entidad.

Se presentó el proyecto y se solicitó el permiso a las autoridades de los respectivos servicios de salud en cada entidad federativa, quienes a su vez nos canalizaron con las personas o áreas directamente relacionadas para los trámites necesarios para realizar el trabajo de campo. En algunos casos no fue posible entrevistar a los directivos estatales pero en la mayoría se logró, además de los responsables jurisdiccionales de dichos programas (Salud reproductiva, Salud materna y/o Partería), personal adscrito a algunos hospitales de primer (hospitales básicos comunitarios) y segundo nivel así como a personal de centros de salud. No se logró el acceso de manera institucional al Programa IMSS-Bienestar, pese a las solicitudes. En algunos casos donde ello fue posible, se hicieron entrevistas a prestadores de salud del IMSS-Bienestar y parteras vinculadas a sus áreas de cobertura; sin embargo es un número limitado.

En total en cada estado se entrevistó el siguiente número de personas (véase Tabla 2):

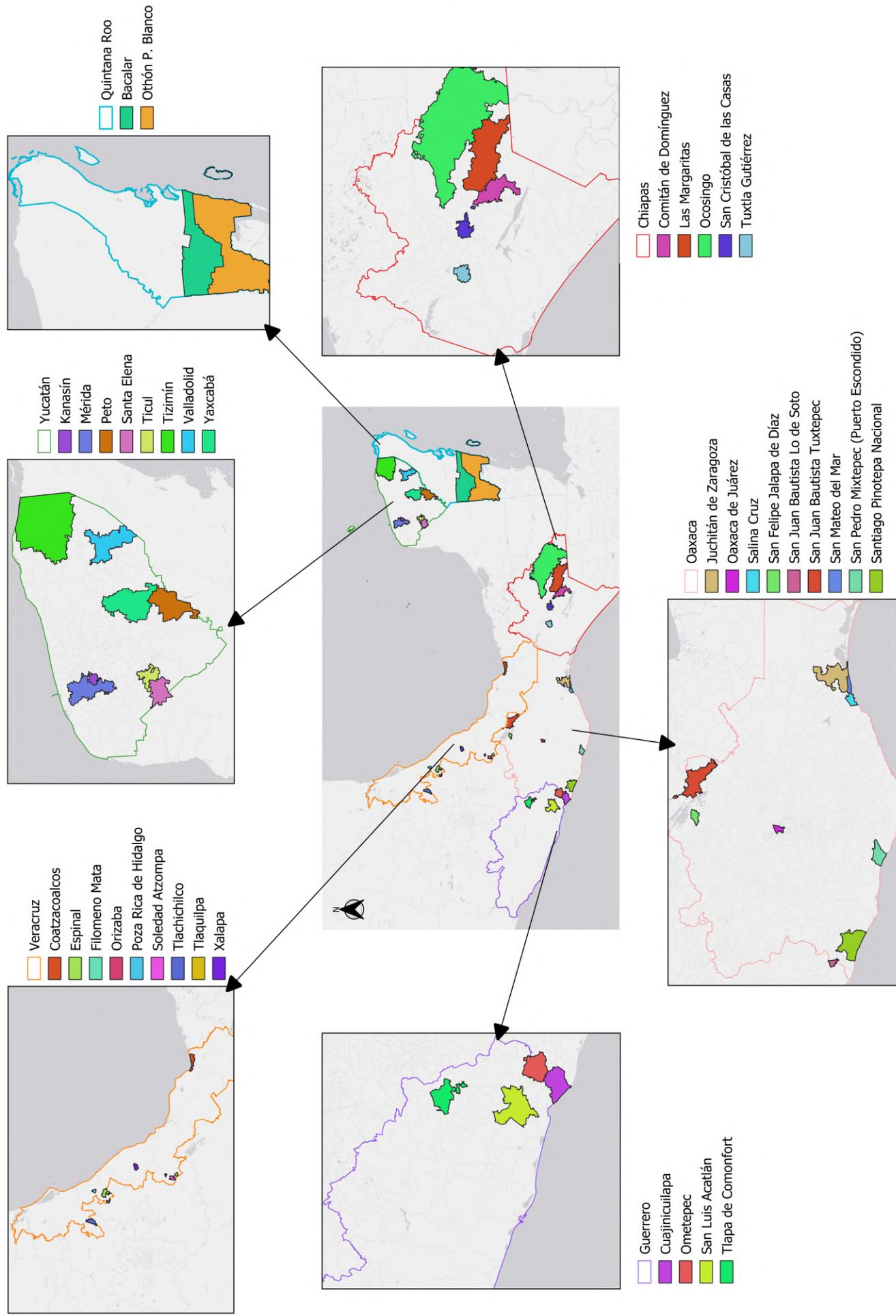
Tabla 2. Personal de salud entrevistado por estado y municipios de trabajo. 2021-2022

| Estado       | Personal de salud entrevistado | Municipios   |
|--------------|--------------------------------|--|
| Oaxaca       | 24                             | Oaxaca de Juárez, San Mateo del Mar, Juchitán de Zaragoza, Santiago Pinotepa Nacional, San Pedro Mixtepec distrito 22 (Puerto Escondido), San Juan Bautista Tuxtepec, San Juan Bautista Lo de Soto, San Felipe Jalapa de Díaz y Salina Cruz. |
| Chiapas      | 11                             | San Cristóbal de las Casas, Ocosingo, Comitán de Domínguez, Las Margaritas y Tuxtla Gutiérrez.   |
| Guerrero     | 13                             | San Luis Acatlán, Cuajinicuilapa, Ometepec y Tlapa de Comonfort.   |
| Veracruz     | 20                             | Xalapa, Orizaba, Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Poza Rica, Tlachichilco, Filomeno Mata, Espinal y Coatzacoalcos.  |
| Quintana Roo | 4                              | Bacalar y Othón P. Blanco  |
| Yucatán      | 21                             | Mérida, Kanasin, Ticul, Santa Elena, Valladolid, Tizimín, Yaxcabá y Peto.  |
| Total        | 93                             |  |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del proyecto

Finalmente, se entrevistó a personal de otras instituciones vinculados al tema de partería (Indemaya en Yucatán, responsables de salud de ayuntamientos específicos en Oaxaca y un presidente municipal en Guerrero). El siguiente mapa ilustra la ubicación de los municipios en las seis entidades federativas donde se realizaron las entrevistas al personal de salud:

Mapa 2. Municipios y entidades federativas trabajo de campo con personal de salud, 2022



Fuente: Elaboración Edgar Delgado Hernández



Las entrevistas a personal de salud recogieron sus perspectivas en los siguientes campos temáticos:

1. El trabajo que desempeñan las parteras en su estado/jurisdicción/localidad; ventajas y desventajas y aportes y/o limitaciones de la atención que ofrecen.
2. Principales problemas en la atención materna enfrentados por el Sector Salud y contribuciones de las parteras en la oferta de servicios en salud materna durante la pandemia.
3. Formas de articulación de las parteras con los servicios institucionales de salud, principales barreras/problemas e identificación de áreas de mejora en esa articulación.
4. Identificación de las necesidades de las parteras y de sus demandas hacia el Sector Salud y apreciaciones y respuestas posibles del Sector Salud ante esas demandas y necesidades.

Todos los guiones de entrevista para parteras y personal de salud, fueron piloteados y ajustados. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti.

En cuarto lugar, **se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022**. Estas reuniones tuvieron el objetivo de devolver la información sistematizada a las parteras, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias en relación con las recomendaciones de política pública. En cada una de las tres reuniones participaron entre 30 y 50 parteras de los seis estados, además de unas cuantas parteras de otras entidades federativas.

Finalmente, **se realizaron cinco videos y tres programas de audio/radio sobre el trabajo de las parteras** en San Luis Acatlán, Guerrero, San Mateo del Mar, Oaxaca, con el movimiento Nich Ixim en Chiapas, y con parteras de Veracruz, Yucatán y Quintana Roo; con la finalidad de difundir la importancia, presencia y valía de la partería indígena en México. Este material fue realizado por la organización especializada en cine y video indígena Ojo de Agua Comunicación. Los videos y los programas de audio constituyen la serie "Parir con Dignidad", videos cortos de 5-8 minutos cada uno y programas de audio de 15-20 minutos cada uno, que recogen realidades y problemáticas que las mismas parteras organizadas o no, plantearon como prioritarios. La serie está disponible en internet y se está difundiendo en las redes sociales y por las mismas organizaciones de parteras.



## Organización del informe

En las siguientes páginas se presentan, primero, los hallazgos relativos a la partería indígena en los seis estados y de acuerdo a los principales ejes temáticos de la investigación. El segundo apartado abarca los principales resultados del trabajo de campo con el personal y las autoridades de salud de las seis entidades federativas. Un tercer apartado ilustra las características de la relación entre parteras y sector salud, desde las perspectivas de las parteras, así como desde las visiones del personal de salud. El cuarto apartado cubre las principales barreras y problemáticas detectadas por ambos grupos de actores. Se incluyen adicionalmente dos apartados, uno sobre los resultados de la revisión del marco normativo y legislativo acerca de la partería indígena en México y al final un apartado de recomendaciones generales derivadas de la investigación.



## 2. Las parteras tradicionales indígenas de seis estados de la república

### Caracterización de las parteras

La gran mayoría de estas parteras se consideran a sí mismas como parteras indígenas. Entre los pueblos indígenas a los cuales pertenecen encontramos Ikoots, Zapotecas, Tzotziles, Tzeltales, Tojolabales, Mayas, Na Savi/Ñu Savi, Ñomnda, Meph á, Nahuas, Totonacas, Chinantecas y Mazatecas. En general, se trata de mujeres de avanzada edad, la gran mayoría entre los 50 y los 70 años y en el estado de Quintana Roo se encontró una partera de cien años que es la de mayor edad. Una conclusión de la investigación fue corroborar el proceso de envejecimiento que experimentan la mayoría de las parteras indígenas actualmente, y la dificultad para el relevo generacional o el aprendizaje de la partería por parte de otras mujeres y hombres de menor edad.

En general, se trata de parteras con una larga trayectoria y muchos años de experiencia y las formas en las cuales aprendieron o se volvieron parteras, son tan diversos como pueblos indígenas, cosmovisiones, e historias locales existen. Algunas de ellas aprendieron mediante el don transmitido a través de formas de revelación de sus habilidades para desempeñar este oficio como el recibir esta información a través de sueños, lo cual fue bastante mencionado en comunidades de Chiapas, Yucatán y, en menor medida, Oaxaca. Otras parteras y parteros, de hecho la gran mayoría de las entrevistadas, aprendieron a través de alguna persona de su familia o comunidad, que les transmitió el oficio o narraron que se volvieron parteras por necesidad, atendiendo alguien de su familia o cercano y posteriormente se fue reconociendo su trabajo y siendo buscadas por otras mujeres.

En algunos casos, aprendieron con personal de salud a quienes ayudaban, de tal suerte que su práctica en origen fue más biomédica que tradicional. También se entrevistaron algunas hijas de parteras tradicionales que posteriormente se formaron como parteras técnicas o parteras en la tradición pero su trabajo cotidiano actual se inscribe en la lógica y espacios



de la partería tradicional. En el caso de los varones parteros, generalmente aprendieron el oficio para apoyar a sus esposas parteras, acompañándolas a las capacitaciones y poco a poco, asumiendo más responsabilidades en la atención con la adquisición de una mayor experiencia.

Reconocer esta diversidad de formas de convertirse en partera, aprender de otras personas quienes les enseñaron y a su vez transmitir a nuevas generaciones es parte de los hallazgos que muestran la pluralidad y complejidad de la partería tradicional indígena en estas seis entidades del sureste del país.

Vale la pena señalar que no todas estas parteras atienden actualmente. En las entrevistas se mencionaba de modo reiterado a algunas otras que han ido falleciendo y nadie más en su comunidad continuó la atención, lo cual significa una importante pérdida de saberes y de recursos terapéuticos de atención.

Por otra parte, encontramos muchas que dejaron de atender hace algunos años, básicamente por dos razones. La primera, debido a la edad o condiciones de salud que les dificultan trabajar (por ejemplo la pérdida de fuerza, de visión, de precisión, el surgir de la diabetes y/o la hipertensión, restricciones de movilidad o pérdida de la memoria). Otra causa de no atención actual, se refiere a la acción estatal, particularmente debido al impedimento o a las restricciones por parte de las instituciones de salud para que ellas continúen atendiendo partos.

El diagnóstico da cuenta de la diversidad de parterías que existen en México. Si bien esta investigación se concentró en parteras empíricas indígenas, rurales y afromexicanas; es evidente que en todo el país hay otros tipos de parteras con diversos niveles de cercanía o distancia respecto a los servicios de salud. Las autónomas, las extranjeras, las urbanas, las profesionales, a su vez con sus propios matices internos, son sólo algunas de las que pudimos rastrear en campo mencionadas por otras parteras o por personal de salud. En entidades como Quintana Roo, Yucatán o Chiapas hay diferencias significativas entre las parteras mayas que atienden en entornos rurales, y parteras profesionales o extranjeras atendiendo en las principales ciudades a otro sector de población no indígena con mayores recursos económicos, lo cual plantea una serie de desigualdades y tensiones importantes en relación al reconocimiento y uso de saberes.

### **Condiciones de salud, de trabajo y de procesos de envejecimiento**

Un hallazgo muy importante de la investigación, relacionado con la elevada edad de la mayoría de las parteras, es hacernos extremadamente evidentes y palpables los procesos de envejecimiento y de enfermedad que varias de ellas enfrentan, así como la soledad con la cual atraviesan estas condiciones de salud pues en general no tienen afiliación a la seguridad social y su único acceso es a las unidades públicas de salud que en general son de primer nivel de atención. Por ello, no siempre cuentan con los medicamentos requeridos o con el personal de salud necesario y muchas estuvieron cerradas durante la pandemia lo cual agravó las condiciones de salud de las parteras. En la investigación



se documentó cómo son las familias quienes asumen el cuidado de la salud de estas mujeres, fundamentalmente en la medicina particular pues muy pocas tenían algún familiar afiliado a la seguridad social que pudiera a su vez vincularlas a ellas.

Si pensamos que muchos de los padecimientos se inscriben en las categorías de cronicidades, es evidente cómo se genera un gasto de bolsillo permanente para las familias, procesos de deterioro de la salud física y también mental, que derivan de situaciones de envejecimiento que no están construidas desde la salud y la vida digna como merecen después de tantos años de trabajo y servicio a la comunidad. En varios estados identificamos mujeres parteras que fallecieron por complicaciones con la diabetes y también por COVID-19; quienes presentan diabetes o hipertensión se someten a largos peregrinajes en busca de atención en las mismas instituciones donde años antes estuvieron llevando mujeres gestantes a ser atendidas y fueron incluso reconocidas por el personal de salud debido a su labor. Sin embargo, esto no necesariamente significa la posibilidad de acceder a una atención oportuna y permanente.

También resultó evidente que este abandono no sólo compete a las instituciones de salud y estatales en general. En varias entrevistas los familiares referían que pese a la importancia de las parteras para la comunidad y a la enorme cantidad de niños y niñas que habían recibido, durante su vejez no siempre las comunidades reconocían esto y participaban de su cuidado.

Es importante señalar que en muchos casos las parteras mayores siguen siendo buscadas por las mujeres para ser atendidas pero los familiares (esposos, hijas, hijos, nueras de las parteras) promueven que ellas ya no atiendan como una manera de protegerlas o cuidar su salud. El trabajo de campo permitió observar que si bien las parteras realizan un trabajo fundamental para la salud de las mujeres, los niños, niñas y la comunidad, muchas veces las condiciones en las cuales realizan su labor no son tan favorables pues deben caminar grandes distancias durante varias horas y los caminos muchas veces están accidentados o son condiciones orográficas sumamente difíciles como en el caso de las parteras de Filomeno Mata en Veracruz.

En otras regiones, las complejas condiciones de inseguridad y violencia hacen imposible salir de noche a atender un trabajo de parto o se convierten en una restricción a la movilidad. Ellas invierten varias horas o días en el seguimiento a las mujeres que atienden durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los partos ocurren a cualquier hora del día y en ocasiones deben desplazarse por sus propios medios en la noche hasta la casa de la gestante o acompañada solo de un familiar; en otras, las acompañan hasta los hospitales pero el regreso lo hacen solas y en muchos casos corren incluso con esos gastos. En resumen, un hallazgo importante es dar cuenta de las difíciles condiciones de trabajo en las cuales realizan su labor, misma que no siempre es reconocida y mucho menos les genera un ingreso suficiente o digno para poder cuidar de sí mismas. Es por ello que una de las demandas principales de muchas parteras entrevistadas fue justamente un reconocimiento económico por su labor y el acceso a condiciones reales de atención en salud y la afiliación a la seguridad social.



## Transmisión de saberes

Desafortunadamente, uno de los principales hallazgos de la investigación fue evidenciar la debilidad en la transmisión de saberes que existe pues son pocas las experiencias documentadas en ese sentido. Las parteras mayores son muy enfáticas en manifestar su interés de que otras mujeres sigan su legado, de tener a quién o quiénes enseñar, transmitirles sus saberes. Sin embargo, en muchos casos esto no ha sido posible pues no encuentran personas jóvenes interesadas, sus hijas o nietas generalmente no quieren seguir esta labor porque dicen que sufren mucho las parteras y además están expuestas a ser acusadas o encarceladas en caso de que haya algún problema. No encuentran beneficios en continuar con la partería tradicional en un entorno donde esta no es valorada y por el contrario es estigmatizada o incluso perseguida.

Hay algunos casos de transmisión de saberes al interior de la misma familia y encontramos grupos de parteras en Oaxaca, Yucatán y Quintana Roo donde participan madres, hijas y nietas. También se identificó que los casos más exitosos se dan en este contexto familiar o cuando se trata de aprendices que son vecinas o viven muy cerca de las parteras maestras y pueden entonces acompañarlas a atender sus partos o participar en las revisiones durante embarazo o puerperio. La cercanía es un factor central así como la posibilidad de practicar lo aprendido. En ese sentido, muchas han aprendido a sobar y a acomodar el bebé, pero aprender a atender partos implica una dimensión práctica de observación y participación en los mismos, lo cual se hace mucho más difícil si sus maestras no pueden atender o lo hacen esporádicamente.

En Yucatán por ejemplo, se identificó que existe un fuerte proceso de envejecimiento, pérdida de saberes y poca transmisión intergeneracional de la partería; al parecer las nuevas generaciones no quieren aprender porque tienen miedo, este miedo es una construcción social prevaleciente que se ha construido a partir del mismo modelo médico hegemónico, con la expansión de la bio-obstetricia:

*...Ya nadie lo quiere, nadie. [...] Que porque hay veces [que] no se alivia la persona, y nos llevan y después me difaman, que no sirvo, que no entiendo, no lo aprendo [...] si no tienes miedo, 1 o 2 partos que recibes ya se te va el miedo (118YUC).*

El miedo que las mujeres tienen a atenderse con parteras y el miedo que tienen las generaciones jóvenes a volverse parteras conducen a la pérdida progresiva de la partería en Yucatán; esta pérdida se ha acentuado en los últimos años, lo cual explica el promedio de edad tan elevado que tienen las parteras registradas por los SSY. Además las parteras que siguen trabajando se han enfrentado al miedo de las mujeres en buscarlas ya que ellas prefieren atenderse en hospitales para el parto, por lo cual muchas parteras han dejado de atender partos y se dedican exclusivamente a sobar durante el embarazo. Por otra parte, el tema del recambio de parteras para compartir sus saberes, en algunos casos ha implicado un desplazamiento de las parteras mayores como se documentó en esta experiencia de una partera en Quintana Roo:



*Cuando yo tenía 60 años la jurisdicción me dijo "doña --- ya está grande, ya tiene que buscar un reemplazo", entonces con mi nuera, la mujer de mi hijo, dijo que a ella le gustaban los partos pero que quería aprender conmigo pero yo le dije " sí te puedo enseñar como a mí me enseñaron, pero... tienes que tomar capacitaciones, tienes que ir a las prácticas para que te puedan otorgar tu nacido vivo si quieres aprender". Entonces, estuvo como cinco años aprendiendo ya después que aprendió ahorita ni las gracias me da (...) Arrepentida estoy de haberle enseñado a mi nuera pero porque también nos exigió la jurisdicción creyó que ella era mi reemplazo, yo no la iba a hacer pero ellos insistieron de que se presentara ella y ella me dio de baja (...) Aquí en Cancún viene de otro lado a dar cursos y no me invitan, me dice que no, que me la paso enferma, que ya estoy muy grande que no sé qué, que tengo diabetes que no puedo trabajar y entonces ella me dio de baja porque yo le dije a la jurisdicción, yo no me he dado de baja, sigo reportando mi trabajo, tengo mucho trabajo "es que su nuera dice que usted está enferma, que usted se dio de baja porque ya está muy grande" (071QROO).*

En Veracruz también se encontró que se está perdiendo la transmisión de saberes a nivel intergeneracional, hay poca formación de aprendices parteras, ya que las jóvenes no quieren aprender el oficio porque no les gusta y/o porque en la comunidad no hay alguien que se acerque para enseñarles. Aprender la partería es algo complejo y es importante acceder al "Don" a través de los sueños; aunque esto no es indispensable ya que se puede aprender si se quiere.

Otras razones para no aprender son la responsabilidad que implica el atender un parto, porque se ha introyectado el miedo que deriva del enfoque de riesgo y de los discursos acerca de la mortalidad materna que se manejan en la política de salud y por parte del personal y autoridades. Para aprender la partería es necesario vencer el miedo y pocas logran hacerlo. Igualmente las condiciones difíciles de trabajo que enfrentan las parteras pues se tienen que desplazar para asistir a las mujeres con sol o con lluvia, con transporte o sin vehículo, tienen que salir en la noche y se desvelan mucho. Se requiere vocación, dedicación y tiempo:

*"Moverse, ya no se descansa, si uno tiene que sobar, si uno va a nacer su bebé, de aquí para allá andan"(086VER).*

Otro hallazgo importante es que las parteras no ven la transmisión de saberes como un proceso acabado, sino como un intercambio continuo, y aunque opinan que es más fácil tener aprendices que ya han sido madres por la empatía con la experiencia y también por las facilidades para salir de su hogar cuando los hijos son más grandes, siempre están dispuestas a compartir sus conocimientos y la mayoría manifestó un gran deseo de hacerlo para que ese saber le quedara a alguien más.



## Procesos organizativos

En relación al tema de la organización de parteras, hay diferencias importantes entre los estados y regiones. Mientras en Chiapas, Guerrero y Oaxaca identificamos experiencias organizativas muy importantes y con larga trayectoria, en otras entidades como Veracruz, Yucatán y Quintana Roo estas experiencias se reducen de manera significativa y en algunos estados como Veracruz, no ubicamos alguna organización de parteras por lo cual las entrevistas se realizaron a quienes trabajan de manera individual o con el apoyo de sus familias u otras parteras en la misma localidad. La partería es un oficio que se ejerce siempre con el apoyo de otras personas, desde las parejas y la familia, hasta otras parteras vecinas y en algunos casos, formas organizativas de distinto tipo.

Entre las organizaciones y redes de parteras más destacadas entrevistadas se ubican el Movimiento de Parteras Nich Ixim en Chiapas el cual agrupa cerca de 600 parteras en todo el estado; las Casas de la Mujer Indígena en diversos lugares de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo; grupos de parteras y médicos tradicionales en la región del Papaloapan en Oaxaca y en Chemax en Yucatán así como algunas otras experiencias de trabajo colaborativo entre parteras en Yucatán, Veracruz y Quintana Roo. En este último estado existen experiencias de lazos de amistad entre parteras que se acompañan a capacitaciones o talleres, y se comparten conocimientos de partería o estrategias para navegar en el sistema como es el caso de dos parteras situadas en la zona turística de Cancún, las cuales llevan años trabajando juntas, cada una desde sus propios espacios de atención. En Guerrero, Oaxaca y Chiapas, las Casas de la Mujer Indígena que atienden salud materna cuentan con una importante red de parteras y experiencia organizativa en algunos casos por más de 15 años.

Estar organizadas les permite conocer sus derechos como parteras y defenderlos, pero no solo en el ámbito de la partería sino en general como mujeres. Igualmente, generar estrategias resolutivas para la atención, y el reconocimiento de su trabajo (como constancias, credenciales, hojas de alumbramiento propias y de registro de su información, etc.), además de negociar con las autoridades y los servicios de salud:

*La ventaja [de estar organizadas] es que por lo menos si llega una mujer al hospital atendida por una partera que es parte del Movimiento pues si la partera ve que no la atienden rápido se comunica conmigo y yo les digo en este chat que tenemos "¿saben qué? una partera del Movimiento tiene una paciente en tal hospital y no la están atendiendo" (O32CHI).*

Contar con un espacio propio de reunión y/o de atención también es una de las ventajas del trabajo grupal y el apoyo de diversas instituciones gubernamentales como en el caso de las CAMI, o de organizaciones de sociedad civil como el caso de un grupo en Yucatán. Tener un espacio permite mayor autonomía y ofrecer una atención específica a las mujeres que las buscan:



*... es independiente; no dependemos del gobierno y somos dueñas absolutas de este espacio, quien venga pues son bienvenidas, bienvenidos, esto es nuestro, esto es de nosotras, no dependemos de ningún gobierno ni de ningún presidente (102YUC).*

Estar organizadas posibilita que luchen por demandas conjuntas que favorecen a un grupo y no de manera individual, además de obtener beneficios a largo plazo y no solo inmediatos:

*" Más que todo porque la verdad es bonito estar en una Organización, ahí entre más seamos hay más apoyo y somos uno... porque si estamos solitas pues no podemos hacer nada. Pero si somos varias es uno, ¿por qué uno? Por qué el dilema es así de una organización. Aquí no hay líder, somos uno... somos todos. Le pongo un ejemplo: si el barco se hunde pues nos hundimos todas, pero siempre estamos unidas" (028CHI).*

También les permite conocer sus derechos como parteras, como mujeres y como parte de los pueblos indígenas e igualmente aprender a defenderlos o utilizarlos como argumentos. Esto es posible también mediante los encuentros con otras parteras, talleres, foros y las capacitaciones que reciben, donde además son dotadas de otras herramientas para la atención. Las parteras se sienten apoyadas y tomadas en cuenta pues en estos encuentros aprenden también a compartir y valorar sus saberes y experiencias.

Con el tiempo se vuelven protagonistas y líderes en sus comunidades en las cuales se otorga el reconocimiento sin necesidad de validarse frente al Estado o a las instituciones de salud. Este fenómeno les enseña a negociar, dialogar y a defender sus derechos cuando son víctimas o espectadoras de alguna injusticia, pues sienten el acompañamiento y el respaldo. Las parteras organizadas reconocen que la demanda de una se convierte en la demanda de todas y esto en una agenda conjunta que forja un camino histórico que beneficiará a las generaciones que les sigan.

Estar organizadas les ha dado la oportunidad de conocer sus derechos y luchar para defenderlos en conjunto y así avanzar con pasos firmes a los objetivos. Estos objetivos son planteados como demandas a las instituciones de salud y al Estado como sus principales interlocutores, pues otra ventaja del nivel de su organización ha sido la negociación que establecen con estas figuras.

En el tema de la atención y formación, la organización con otras parteras les ha permitido mantenerse en constante transmisión e intercambio de conocimientos, pues organizan talleres, reuniones y encuentros donde su experiencia es pieza fundamental, además mediante los mismos logran establecer más redes con otras parteras las cuales comparten herramientas y estrategias resolutivas para la atención de las mujeres embarazadas.

La organización hace sentir a las mujeres apoyadas, respaldadas y reconocidas además que incentiva su liderazgo en sus grupos, en sus familias y en sus comunidades, esto genera

condiciones de posibilidad para que las mujeres puedan responder a situaciones de maltrato, discriminación, humillación o violencia como partera o simplemente como mujer.

Aunque la relación que establecen con el Sector Salud ha sido históricamente asimétrica, las parteras organizadas aprenden a repeler las amenazas, a ir en contra de las prohibiciones y a generar estrategias para seguir trabajando y apoyando a las mujeres que las buscan para la atención del embarazo, parto y/o puerperio. Un espacio aglutinador en red ha sido la Agenda por la Defensa de la Partería Tradicional de la cual son parte varias de las organizaciones entrevistadas y quienes han desarrollado un fuerte activismo en torno a la visibilización de la partería, su promoción y defensa e igualmente han producido diversos materiales de difusión y convocado a foros públicos o espacios de discusión en torno a la partería tradicional.

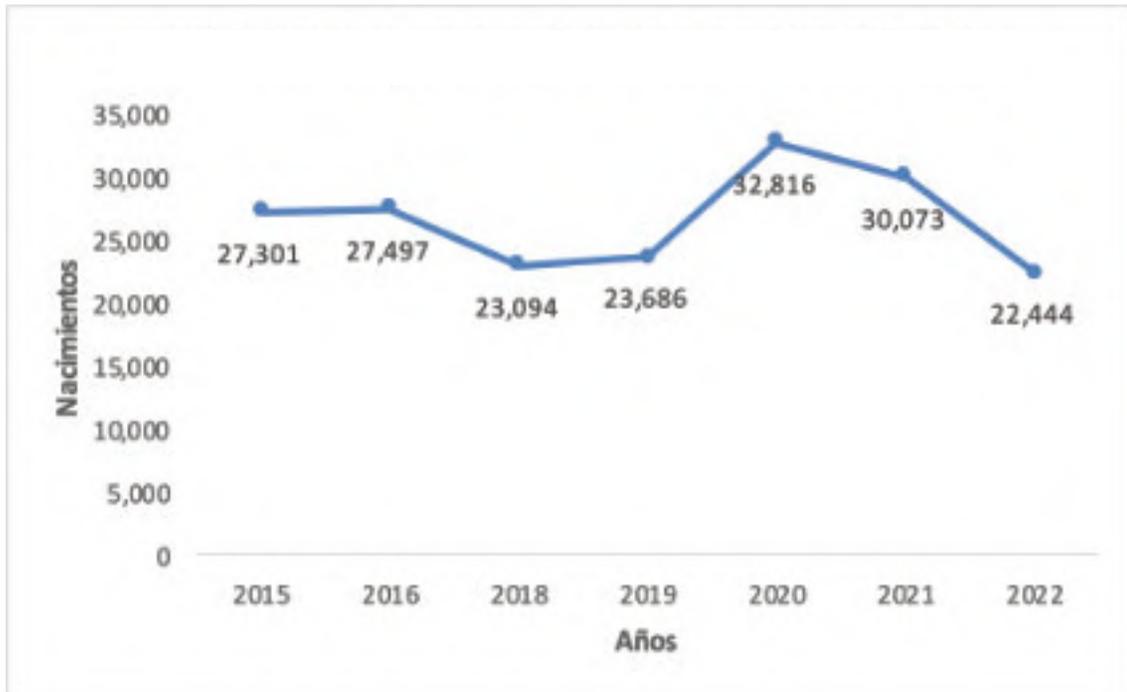
Es claro que muchas de las parteras o la mayoría de ellas, no trabaja de manera articulada en organizaciones y que sostener estos esfuerzos colectivos implica recursos, energía y trabajo sostenido. A nivel local también se identificaron procesos de trabajo individual y de celos o tensiones entre parteras, así como cuestionamientos internos, críticas a quienes reciben algún tipo de apoyo; y en ocasiones poca apertura para incorporar a nuevas compañeras. Del mismo modo, desarrollar procesos organizativos implica desarrollar habilidades no sólo en torno a la partería sino también de gestión, liderazgo e incidencia. Los apoyos y acompañamientos de algunas organizaciones aliadas, contribuyen a su fortalecimiento.

En general, encontramos que las parteras que trabajan solas, están más sujetas a los vaivenes de las políticas, estrategias o idiosincrasias del personal de salud en turno, con el cual se relacionan. Faltan en estos casos, espacios de intercambio o interaprendizajes, aun si hay situaciones donde algunas parteras encuentran esa posibilidad en las capacitaciones organizadas por el sector salud, sobre todo, cuando éstas se dan con metodologías más horizontales y participativas. Tampoco tienen mucha posibilidad de defenderse cuando no reciben un buen trato, las presionan para que no atiendan partos, y/o las obstaculizan en el registro de los recién nacidos. Finalmente, no estar organizadas implica grandes dificultades para adquirir consciencia que el ejercicio de la partería es un derecho.

### **El papel de la partería durante la pandemia por COVID-19**

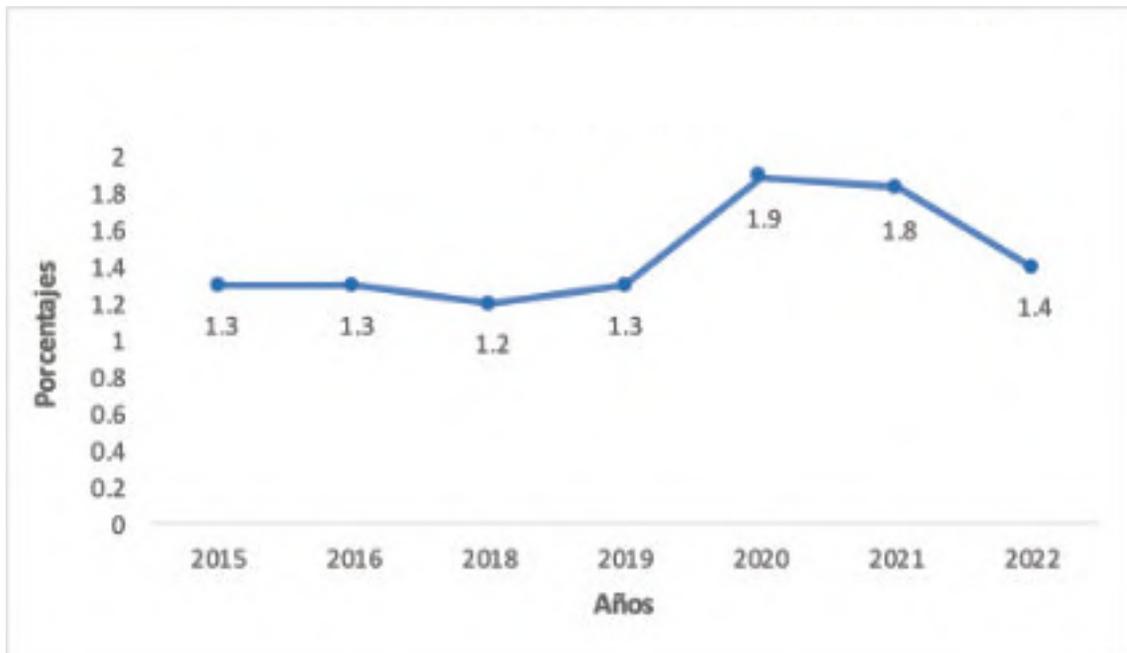
La pandemia de COVID-19 fue el escenario en el cual se realizó parte de esta investigación. Un hallazgo muy importante fue evidenciar la importancia de la partería para la salud de las mujeres y los recién nacidos durante este periodo en todos los estados incluidos en el informe. El rol jugado por las parteras y parteras en la atención de los nacimientos puede observarse tanto en los datos cuantitativos como en los cualitativos recopilados en campo con parteras y personal de salud. Los datos oficiales del SINAC, muestran el incremento en la demanda de atención con parteras en todo el país, particularmente en 2020 y 2021. Los números variaron en cada estado pero se confirma un incremento general tanto en números absolutos como porcentuales, tal como se observa en las gráficas 1 y 2.

Gráfica 1. Nacimientos con parteras a nivel nacional 2015 a 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Salauz, con datos de las bases SINAC, 2015-2022

Gráfica 2. Porcentaje de atención con parteras a nivel nacional 2015 a 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Salauz, con datos de las bases SINAC, 2015-2022



En la pandemia las parteras no sólo atendieron embarazadas, también a población en general. Es interesante anotar que la mayoría de las parteras entrevistadas, no consideraron el virus un obstáculo para seguir atendiendo y el seguimiento a las embarazadas no se puso en cuestión. Varias mencionaron que atenderían o habían atendido a mujeres con COVID porque esa era su obligación como parteras, un servicio que debían brindar; aunque también existen otras que decidieron no atender, guardarse por un tiempo o atender sólo a aquellas personas que conocen bien.

La atención no sólo se brindó a mujeres indígenas; también a mestizas, "caxlanas", extranjeras, "licenciadas" que viven en otros lugares. Tanto en Chiapas como en Oaxaca se reportó búsqueda de atención por parte de estas mujeres quienes se inauguran como nuevas pacientes. Del mismo modo, atendieron personas no gestantes, en busca de tratamiento preventivo para COVID o incluso en casos confirmados de la enfermedad. Muchas parteras que ya no atendían comenzaron a atender de nuevo y ahora siguen atendiendo pero necesitan capacitaciones, espacios para atender, que las capte la organización, actualizarse etc.:

*De hecho, hay parteras que ya habían dejado de trabajar y que se tuvieron que reactivar en este momento de la pandemia. ¿Por qué digo que han dejado de trabajar? No es por gusto sino porque también ya se cansaron de tanto que nos persiguen, porque las amenazan, porque las maltratan, porque no las reconocen, porque ya no les dan el certificado de nacimiento. Por eso también las parteras ya no atendían. Pero justo con esto de la pandemia se reactivaron, empezaron a atender partos porque no había otra opción... tenían que atender porque las mujeres seguían atendiéndose con parteras y otro porque se cerraron algunos Centros de Salud, algunos hospitales (032CHI).*

Los datos oficiales demuestran el incremento de atención con parteras durante la pandemia y en la investigación se documentó este incremento y la importancia del papel que ellas jugaron en sus comunidades, ya que en todos los estados las mujeres fueron en busca de la atención del parto en casa porque prevalecía el temor de acudir a los servicios de salud, además de que estaban saturados los hospitales:

*...en época de COVID, que me decían es que "quiero parir en casa porque no quiero ir al hospital" (087YUC).*

*Mi trabajo es importante pues porque son mujeres las que vienen a mí, ¿cómo que no las voy ayudar?, no les voy a negar. De por sí ese es mi trabajo. Porque unas dice que ya no quieren ir al hospital porque le va a dar de lo que uno va a morir (038GRO).*

*Ahorita con lo de la pandemia porque igual, pues igual, no hay cama, o hay muchos infectados en el hospital que a veces le temen a ir al hospital porque a veces dicen, "no, es que entró bien y ya la estaban metiendo al área de Covid y dicen no, yo no quiero que me hagan lo mismo" o al bebé, o porque nació prematuro ya lo quieren meter al área de Covid (006OAX).*



*...Sí fue por la pandemia, porque tuvieron miedo a ir a los hospitales, porque ahorita en los hospitales hay mucha infección y aparte de eso no te dan una cama, te atienden en el pasillo y ya muchísimas gracias si es que te atienden en una silla, por eso se vinieron conmigo (088YUC).*

*Pues había bastantes complicaciones por lo mismo, porque las pacientes dejaron de ir al centro de salud no van porque tienen miedo de que se contagien, entonces no van, a mí me ha tocado pacientes que me dicen "es que no voy a ir al centro de salud porque tengo miedo llegar porque me pueden contagiar o puedes salir con esa enfermedad y yo no quiero morirme" precisamente por eso aumentó el trabajo (071QROO).*

La atención que brindaron las parteras en ese periodo de pandemia ha sido un recurso invaluable para evitar la muerte materna y neonatal, además de la saturación en los hospitales de segundo nivel, los hospitales generales y básicos comunitarios que deberían cubrir la demanda de atención del parto.

Un hallazgo central fue comprobar que en tiempos de pandemia las parteras no detuvieron su accionar y en un momento crítico continuaron siendo una opción cercana y segura para miles de mujeres gestantes, puérperas, sus hijos, hijas y sus familias. Ellas siguieron atendiendo en pandemia, formaron a otras parteras y conformaron equipos de atención para solventar las demandas de mujeres embarazadas. En algunos estados como Chiapas por ejemplo, el INEGI (2021) reporta que en 2020, las parteras atendieron 47% de los nacimientos ocurridos en la entidad. Igualmente brindaron una atención más allá del proceso reproductivo pues atendieron COVID-19, dieron tratamientos a familias enteras, a ellas y a sus propias familias. Realizaron otras atenciones durante el embarazo (sobadas, acomodadas) que garantizaron un curso adecuado del embarazo. Permitieron a las mujeres que así lo deseaban atenderse en un lugar que consideraron seguro y evitar acudir a una institución de salud a la cual tenían temor de ir por un posible contagio. Dieron mas seguridad a las mujeres parturientas y les mostraron que parir donde quieran parir es un decisión y un derecho de todas las mujeres.

Fueron una oportunidad económica de atención del parto, pues en el contexto de la pandemia las familias redujeron sus ingresos. Ante el cierre de unidades públicas de salud y los altos costos de una atención particular, las parteras se constituyeron en una alternativa muy importante para las familias.

En resumen, demostraron que la partería es una opción viable, segura, culturalmente cercana y comprometida con la salud de las mujeres. A pesar de este papel tan importante y del incremento documentado en el número de partos atendidos por ellas en 2020 y 2021, con el "retorno a la normalidad" en 2022, el sector salud retomó las prácticas de atención hospitalocéntricas y los números de atención con parteras bajaron de manera importante. Este periodo nos permite una reflexión importante respecto al papel fundamental de la partería cuando el sector salud estaba colapsado, y a pesar de ello, su desplazamiento posterior como antes, por parte del sector salud lo cual reafirma el predominio de la lógica biomédica y el poco reconocimiento de los valiosos aportes de la partería, especialmente en tiempos de crisis.



## 3. El personal de salud vinculado a la partería tradicional

### Caracterización del personal entrevistado

Con relación a la ubicación de los entrevistados en la estructura de sus Secretarías, se tuvo la siguiente distribución, desagregada por cada entidad federativa. (Ver Tabla 3, siguiente página).

### Programas y políticas públicas en relación a la partería

El Programa de Partería se inscribe en las estrategias de salud materna y en un sentido más amplio, de salud sexual y reproductiva. En general, los estados plantean seguir las indicaciones del nivel federal establecidas en estos programas, destacando la identificación y el seguimiento a embarazadas, el plan de seguridad, la estrategia de madrinas y padrinos obstétricos, casas maternas, tamizaje pregestacional, entre otros.

De acuerdo con personal de salud, la vinculación entre el Programa de Salud materna y perinatal, con las parteras, ha ayudado en la detección de riesgos y la disminución de muertes maternas. En general, hubo permanentes menciones al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) como ente rector de la política en salud materna y como principal financiador de las acciones de capacitación la cual es la principal estrategia de vinculación del sector salud con las parteras. Se menciona también que los recursos disponibles han disminuido de manera drástica en los últimos años: Una directiva de Guerrero relata cómo funcionaba el Modelo 10 de capacitación a las parteras, implementado en el estado por varios años pero ahora desaparecido:

*El trabajo con las parteras comunitarias se ha dado desde hace muchos años, se ha venido cambiando de acuerdo, también como el Centro Nacional de Equidad de Género lo ha solicitado. Con el modelo 10 se les daba un recurso a las parteras, se les pagaba su pasaje de ida y de vuelta y en algunas ocasiones se les invitaba su almuerzo y comida, después de que ya no tuvimos radicación de recursos, se vio muy limitado. (PS44GRO).*



Tabla 3. Personal de salud entrevistado por estado y nivel. 2021-2022

| <b>Cargo o responsabilidad</b>  |           |           |           |           |          |           |           |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
|   | Oaxaca    | Chiapas   | Guerrero  | Veracruz  | Q. Roo   | Yucatán   | Total     |
| <b>Nivel estatal</b>  |           |           |           |           |          |           |           |
| Directivos estatales (Salud Materna y Partería)   | 2         | 1         |           | 2         | 3        | 4         | 12        |
| <b>Nivel jurisdiccional</b>   |           |           |           |           |          |           |           |
| Responsables de salud sexual y reproductiva   | 3         | 3         | 1         | 3         |          | 3         | 10        |
| Responsables jurisdiccionales de Salud Materna  |           |           | 1         | 3         |          | 2         | 6         |
| Responsables jurisdiccionales de partería   | 1         |           | 2         | 2         |          | 1         | 6         |
| Responsables jurisdiccionales de Planificación Familiar   | 1         |           |           |           |          |           | 1         |
| Responsables jurisdiccionales otras áreas (servicios de salud)  |           |           | 1         |           |          |           | 1         |
| Facilitador, capacitador y certificador estatal de Parteras Tradicionales   |           |           |           | 1         |          |           | 1         |
| <b>Hospitales</b>   |           |           |           |           |          |           |           |
| Direcciones de Hospital   | 3         | 2         | 1         |           |          |           | 4         |
| Jefaturas de ginecología  | 1         |           | 1         |           |          |           | 2         |
| Jefaturas o responsables de otras áreas en hospital (subdirección médica, servicios de salud, enseñanza, gestión de calidad, trabajo social, salud materna, parteras) | 7         | 2         | 5         | 1         |          |           | 13        |
| Operativo (médico, trabajo social)  |           |           |           |           |          | 2         | 2         |
| <b>Unidades de salud de primer nivel</b>  |           |           |           |           |          |           |           |
| Directores/encargados centros de salud  | 3         |           |           | 2         |          | 6         | 11        |
| Médicos Centros de salud  | 1         | 2         |           | 1         | 1        |           | 2         |
| Enfermeras/promotoras Centros de salud  | 3         | 1         |           | 3         |          | 1         | 7         |
| Personal de salud en otras áreas  | 1         |           |           |           |          |           | 1         |
| IMSS-Bienestar  |           |           |           | 2         |          | 1         | 3         |
| <b>Otros</b>  |           |           |           |           |          |           |           |
| Enfermera ayuntamiento, presidente municipal  | 1         |           | 1         |           |          |           | 2         |
| INDEMAYA  |           |           |           |           |          | 1         | 1         |
| <b>Total</b>  | <b>27</b> | <b>11</b> | <b>13</b> | <b>20</b> | <b>4</b> | <b>21</b> | <b>96</b> |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del proyecto



Una estrategia que viene de administraciones federales anteriores y se mantiene es la de madrinan y padrinos obstétricos. Este tiene como finalidad, apoyarse de los familiares, sobre todo de las parejas o de quien acompañe a consulta a las mujeres embarazadas, para llevar el control prenatal e identificar factores que puedan poner en riesgo el embarazo y salud de la mujer. El tejido comunitario que se forma en las comunidades ha sido imprescindible para encontrar rutas que contribuyan a la salud de las mujeres embarazadas. Igualmente la participación de los municipios, en algunos pocos casos identificados:

*Afortunadamente, tenemos apoyo del municipio, tenemos la ambulancia del municipio... las redes sociales nos han ayudado muchísimo porque no es fácil poder hablar por y venir caminando y eso es lo que hasta ahorita nos ha ayudado como personal de salud de esta clínica, las redes sociales y las parteras, comité de salud, sub agentes y auxiliares, es lo que tenemos y con lo que contamos (PS22VER).*

En algunos estados siguen funcionando ciertas posadas AME y en Chiapas existen las Casas maternas, un espacio que tiene como objetivo alojar a mujeres que habitan en regiones alejadas de las unidades de salud. También está pensado como un espacio donde se lleven a cabo procesos de capacitación para parteras. Al mismo tiempo, en cada entidad o región desarrollan algunas iniciativas locales orientadas a atender o reducir problemas específicos. Por ejemplo, en Chiapas el club de embarazadas; en Guerrero la estrategia de barrido y el folder rojo de la embarazada y en Veracruz la Brigada Colibrí la cual se implementa en casos de alto riesgo obstétrico. Consiste en llevar un médico, una enfermera y tener diálogos con la partera para hacer visitas, en ambulancia, a las mujeres que se encuentren con un embarazo de alto riesgo.

La mayoría de las acciones desarrolladas por el personal en el marco del programa de salud materna están centrada en las tareas de seguimiento a las gestantes con una perspectiva biomédica. En la práctica, en el gran abanico de estrategias y acciones, la partería tiene un lugar realmente pequeño en lo que se viene desarrollando desde el sector salud. Si bien hay experiencias e iniciativas locales muy interesantes, se torna necesario contar con voluntades y compromisos por parte del personal de salud, para identificar fallas, realizar actividades, darle seguimiento, encontrar rutas de abastecimiento de medicamentos y equipos, hacer evaluaciones, entre otras actividades que contribuyan a una atención digna y humanizada de las mujeres en las comunidades.

### Actualidad del sector salud

Por otra parte, no podemos desconocer el contexto en el cual fue realizada esta investigación; es decir las transformaciones que están teniendo lugar dentro del sector salud a partir de la desaparición del Seguro Popular, la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y la estrategia del gobierno federal de reestructurar y reasignar el manejo de los servicios estatales de salud en varias entidades (DOF, 2022). En algunos lugares como Oaxaca, Guerrero y Veracruz, se ha planteado la idea de que éstos queden a cargo del IMSS-Bienestar pero no hay claridad aún -al menos entre las personas entrevistadas- sobre lo que ello significará en su trabajo cotidiano:



*Estamos a la deriva, no tenemos realmente una ruta, no tenemos bien los procesos hacia qué vamos encaminados, más sin embargo estamos haciendo nuestro trabajo, estamos trabajando con lo que tenemos, con lo que hay, con lo que hemos gestionado y, sobre todo también, nosotros no estamos dejando de hacer las cosas. Hay cambios a nivel institucional, hay cambios dentro del hospital, hay cambios dentro de la Secretaría de Salud, pero nosotros trabajaremos con quien esté, pero sí que nos apoye y que también esté entregado a favor de las mujeres (PS56GRO).*

*Pues lamentablemente, oficialmente no tenemos mucha información sabemos lo que se circula por las redes o los medios de comunicación, pero oficialmente que nos hayan dicho lo vamos a incorporar, pues no, es lo esperado. Sabemos que, en algún momento dado, nos vamos a incorporar a este sistema de salud pero ¿cuándo? lo desconocemos. No sabemos si se vaya a ir durante este gobierno o el gobierno que sigue, como tal nosotros no sabríamos cómo vamos a quedar en área administrativa, no sabemos si nos vamos a incorporar a otra, a IMSS-Bienestar o al INSABI, no sabemos todavía (PS46YUC).*

Los testimonios de aparente tranquilidad y espera de indicaciones, expresados sobre todo por el personal directivo, contrastan con la sensación de incertidumbre que al mismo tiempo se observaba en los equipos de salud y en los ajustes que sobre la marcha están haciendo para responder a desafíos relacionados con los recortes de personal, la reducción en el presupuesto para el programa de partería, para supervisiones y para salud materna en general.

El trabajo de campo permitió comprobar la concentración de la atención de partos en los espacios hospitalarios de primer o segundo nivel de atención. Los centros de salud no están atendiendo partos excepto en casos extraordinarios, emergencias o donde hay un médico adscrito con mucha experiencia, viviendo en la comunidad y articulado con las parteras.<sup>(2)</sup> Tampoco atienden las Unidades Médicas Rurales (URM) del IMSS-Bienestar quienes igualmente envían sus pacientes a sus respectivos hospitales de referencia.

Paralelamente, ha habido una política creciente de no permitir a las parteras atender en sus espacios domésticos o el de las mujeres, si bien hay diferencias importantes entre el IMSS-Bienestar y los Servicios de salud estatales pues los primeros son tajantes en no permitir la atención de partos con parteras y enviarlos todos a las UMR y, de ahí, a los hospitales rurales de dicha institución. En el caso de las secretarías de salud estatales hay una mayor posibilidad de hacerlo y el canje del formato de las parteras por el certificado médico se hace usualmente en los centros de salud.

---

<sup>2</sup> Encontramos algunos casos excepcionales de atención de partos en primer nivel por parte del sector salud, en una comunidad indígena en el municipio de San Luis Acatlán, Guerrero y en los CESSA de Soledad Atzompa y Filomeno Mata en Veracruz.



La falta de atención de partos en el primer nivel, genera una gran saturación en los hospitales básicos comunitarios o en los regionales, los cuales atienden de manera permanente un altísimo número de partos, muchos de ellos eutócicos que no requerirían llegar al segundo nivel. Este tema de las dificultades para atender en las unidades, la saturación hospitalaria y la necesidad de derivar a otros hospitales en el estado, emergió prácticamente en todas las entidades federativas. En ocasiones estos traslados incluyen a otros estados, debido a la cercanía geográfica:

*De hecho, no hay equipo de partos en ninguna unidad médica no hay. Yo siempre he dicho que si llega alguna urgencia el médico va a sacar el Rosario y la cruz porque no tenemos el material ni para atención de parto ni siquiera para canalizar Oxitocina..., nada. No tenemos un equipo rojo para una paciente siquiera como tal que llegue con emergencia obstétrica, no tenemos, eso es un problema. (PS46YUC).*

### La reducción presupuestal y el financiamiento para partería

La situación actual identificada en el trabajo de campo desde la perspectiva del sector salud, incluyó los serios problemas financieros y de recorte de personal mencionado por los entrevistados, los cuales afectan de manera significativa el trabajo en tanto no hay garantías de un lugar desde el cual operar, o poderlo hacer con el equipo de personal completo o el medicamento requerido para la atención:

*Teníamos insumo, pero ahorita las unidades [se] están quejando que no tienen medicamento, no tienen paracetamol, ibuprofeno. Antes teníamos, más ahorita no hay ni ácido fólico y llevamos un año sin ácido fólico, y ya le preguntamos al Estado y nos dicen que cuando se acabe la licitación. Y así no se puede, y cuando nos daban todo eso lo tenemos en almacén y se les daba las parteras y ahorita no tenemos. (PS59OAX).*

*Desafortunadamente ahorita con las transiciones que hay, pues los compañeros no están, porque muchos eran contratos AFASPE y ahorita no hay, no nos enviaron ningún contrato AFASPE. Y aparte como que cada jurisdicción tiene problemas propios. (PS60OAX).*

Frente a esta incertidumbre, las respuestas de varios fue seguir implementando sus programas y esperar las noticias respecto a la reestructuración. No obstante, es evidente que varias unidades enfrentan desabasto de medicamentos y procesos de recorte de personal, entre ellos profesionales especializados en ginecoobstetricia que anteriormente eran contratados por la vía de AFASPE, con el recurso proporcionado por el CNEGySR de la Secretaría de salud.



Un hallazgo importante fue identificar que las reducciones en la plantilla de personal, se expresan no sólo en el equipo médico y de enfermería directamente responsable de la atención obstétrica. También se mencionaron de manera reiterada como una pérdida significativa, asociadas al recorte presupuestal, las intérpretes y traductoras quienes fueron señaladas por muchas de las personas entrevistadas como un actor clave para el trabajo en zonas indígenas:

*Sé que es parte de la Secretaría (este traductor), actualmente lo que sí no sé si siga activo su contrato porque hubo muchos que eran de ramo 12 y pues los dieron de baja ¿no? (PS49VER).*

*Teníamos en los hospitales de la madre, en el general que les llamamos nosotros enlaces, ¿sí? Desafortunadamente, con este cambio de gobierno nos quitaron a esas personas, esas dos compañeras, teníamos de la lengua mixteca, tlapaneca...(PS47GRO).*

En Oaxaca, Veracruz y Guerrero, se mencionó lo que ello significaba en la posibilidad de la atención pero también se destacó el trabajo de gestión que dichas intérpretes realizan. En la práctica son parte fundamental de los equipos de salud, y responsables de acciones de gestión y seguimiento a pacientes, sin las cuales no sería posible la atención a las pacientes indígenas. A pesar de ello, en cuatro de los seis estados analizados, se reportó un recorte significativo en este personal. Si bien a través del INSABI se ha contratado nuevo personal médico adscrito a algunas unidades de primer o segundo nivel, tal como lo observamos en los recorridos de campo; no ocurre del mismo modo con la recontractación de intérpretes y éste se constituye quizás en el eslabón más débil de la cadena de atención a la salud materna. Esto se observa con mucha claridad en los hospitales regionales que tienen una demanda muy importante por parte de la población indígena de dichas regiones; mismas que a veces incluyen más de diez o quince municipios bajo su cobertura.

Si a ello le sumamos que actualmente la atención de partos se está dando casi de modo exclusivo en las unidades de segundo nivel de atención o en los hospitales básicos comunitarios, resulta aún más necesario fortalecer dichos espacios. Actualmente la manera cómo se resuelve la ausencia de intérpretes es apelando al personal de salud que habla alguna lengua indígena (especialmente promotores, auxiliares de salud, enfermeras o brigadistas), para que ellos desarrollen las labores de traducción de manera voluntaria:

*Mucha, mucha actividad de promoción (realizan), de ahí pues juega mucha importancia los compañeros que hablan el totonaco, aquí a veces mucha información se desfasa por la falta de comunicación directa con que es la mujer, los varones, las parejas. Entonces, aquí hay como, hay dos compañeras que hablan bien el totonaco, entonces, ellos son de valioso apoyo (los promotores de salud) y ya de ahí nos apoyamos en los auxiliares de salud en el caso de las localidades, también (PS34VER).*

Si bien esta es una solución creativa implementada por el personal, lo cierto es que por un lado, el personal la realiza de manera voluntaria y restando tiempo a sus actividades cotidianas, en un contexto de fuerte recarga de tareas. Por otra parte, la interpretación es un



trabajo especializado que implica tiempo, capacidad de escucha, de gestión y hasta de acompañamiento; por lo cual debe ser reconocido de modo explícito como un trabajo específico y especializado.

Hay al interior de los servicios de salud en las seis entidades analizadas, un recorte del presupuesto usualmente asignado a salud materna, lo cual impacta directamente en el recurso disponible para el programa de partería:

*En 2018 se realizó entre nueve y doce sesiones a parteras tradicionales en el estado, una por jurisdicción con recurso federal, esto quiere decir que se contaba con un dinero para hospedaje, para rentar el salón, o para la comida. En 2020 se redujo con el inicio de la pandemia (PS13QROO).*

*Pues a nivel del Estado lo que nos falta son recursos económicos para impulsar el programa, ese es el problema más grande, y como sabemos pues si no hay recursos económicos no nos podemos mover. Los recursos que vienen parte de AFASPE pues vienen muy etiquetados, no son muy flexibles para nosotros y entonces podemos decir que no hay recursos para nosotros (PS07OAX).*

*También debemos de ser, pues como conscientes de que la Secretaría no tiene ahorita en estos momentos, materiales de apoyo... Sí, sí, no hay (PS17VER).*

Buena parte de los entrevistados manifestó que desde 2019, prácticamente no habían realizado capacitaciones ni encuentros por la pandemia y posteriormente por la ausencia de recursos suficientes. La manera de solventarlo ha sido, por ejemplo, mediante acuerdos con algunos ayuntamientos municipales de tal manera que ellos asuman los gastos de transporte y alimentación de las parteras. Otra forma de resolverlo ha sido mediante alianzas con organizaciones sociales quienes colocan recursos para las capacitaciones o los materiales de las parteras. Así se mencionó en Yucatán y Chiapas. Igualmente, se menciona la cooperación entre las asistentes y los/las responsables, para gestionar alimentos, transporte, etc.



## 4. Relación sector salud-parteras tradicionales

### Relación sector salud-parteras tradicionales desde la perspectiva del personal de salud

Un eje de la investigación fue la relación establecida entre el personal de salud y las parteras, lo cual implica comprender cómo son percibidas estas curadoras por el personal de salud. Es evidente que entre más cercana y cotidiana es la relación, mejor es la percepción que el personal tiene sobre ellas. A medida que la distancia crece, por ejemplo, el personal ubicado en el segundo nivel de atención o en espacios de dirección regional o estatal no vinculados directamente al tema, también se reduce el nivel de conocimiento y valoración positiva por parte del personal.

En general, las personas entrevistadas desde el sector salud consideran a la partera como el primer contacto con las embarazadas y le atribuye tareas concernientes a la captación o registro de estas, asignando así funciones de enlace entre las pacientes y los servicios de salud. Asimismo, hay consenso en que la partera realiza una labor clave en las localidades y cumple con una función comunitaria como autoridad, servidora y sanadora ante situaciones de salud cotidianas, para ello, utiliza prácticas tradicionales no solo con mujeres durante su embarazo y parto, sino con quienes requieran de otro tipo de atenciones. Esto se resalta en aquellos contextos donde no hay presencia de servicios de salud, no hay disponibilidad las 24 horas del día y/o también cuando la misma población rechaza la atención médica, sea por barreras culturales y/o por la desconfianza hacia las instituciones de salud:

*Yo creo que son el pilar principal para el enlace entre la comunidad y el médico. Las parteras siguen siendo hoy por hoy primeras en nuestras localidades que se enteran de que una paciente está embarazada, siguen siendo las primeras con quienes las pacientes acuden cuando necesitan algo, porque lamentablemente no siempre en las unidades médicas hay atención 24 horas, siguen siendo esa parte principal de enlace con nosotros (PS46YUC).*



*A veces no quieren venir a que las revisen ni nada, entonces ya con la partera le decimos a ella que le trate de explicar a la paciente que debe tener una revisión con el médico... que no le vamos a regañar, entonces se trata de sensibilizar que se acerquen a los servicios médicos, porque sí tengo paciente... sobre todo analfabetas, y hay alta marginación aquí, y no se acercan a los servicios médicos de salud porque piensan que les vamos a hacer algo diferente, entonces para mí es de gran ayuda las parteras porque les ayudan a sensibilizar a que vengan a la unidad (PS25CHI).*

Se identifica que las parteras generan relaciones de confianza y tienen más habilidad para sensibilizar y, en dado caso, persuadir a las gestantes para que acepten sus controles médicos, además de que por su proximidad con las familias también apoya labores de gestión y referencia a otros programas y grupos de la población (tamiz metabólico neonatal, vacunación, prevención de morbi-mortalidad infantil, entre otros):

*Nos sirve como un aliado son como nuestros ojos en la comunidad, creo son de las dos más importantes y que nos permite ver... que el centro de salud no ve desde dentro (PS33YUC).*

*Ellas nos ayudan muchísimo... muchísimo, muchísimo. Hay pacientes que luego a veces ya nació su bebé y en el puerperio no quieren ir a la revisión, entonces ellas igual nos apoyan para que esas pacientes acepten acudir nuevamente al Centro de Salud... y sobre todo en aquellas pacientitas que su parto fue algo complicado y a veces termina en una cesárea... todo eso que vivió, pues a veces ya no quiere regresar al Centro de Salud, ya nada más quiere estar con la partera. Pero si la partera siente o identifica que a fuerza necesita ser valorada por el médico, va y nos avisa, o a veces la paciente no quiere ir, va la partera con el médico y nos dice "Necesito que le hagamos una visita domiciliaria" y ya vamos con la partera y la partera ahora sí nos ayuda, esa gestión para lograr entrar al domicilio, revisar a la paciente y retirarnos, pero sí ellas son de grandísimo apoyo (PS49VER).*

En materia de atención a la mujer, hay diferentes interpretaciones sobre el trabajo que "pueden" realizar la parteras, desde quienes marcan que su labor se debe centrar en referir a las mujeres para que sean atendidas por personal médico, quienes consideran que las parteras deben atender a las mujeres siempre y cuando sean valoradas como de bajo riesgo, y quienes mencionan que la partera tiene la capacidad de valorar cuándo debe referir a las mujeres o cuándo puede atender ella, privilegiando una atención del parto más natural y humana. El personal de salud manifestó que el trabajo de la partera suma a los programas de prevención de la mortalidad materna y neonatal, esto debido a que sensibiliza y orienta a la población sobre las señales de alarma. De esta manera las parteras apoyan de manera sustancial las acciones de detección temprana y seguimiento -que en sentido estricto le corresponden al personal de salud del primer nivel de atención-, quedando en evidencia las limitaciones que tienen las unidades de salud en dicho nivel de atención para sostener estrategias de identificación oportunas y continuas:

*Identificar a la embarazada o captar a la embarazada que el centro de salud no ha captado. La otra, que la partera pues es la que está en la comunidad, la que se da cuenta si está presentando signos de alarma y que a lo mejor si es en la tarde en la noche que no está abierto el centro de salud o fin de semana pues la partera sabe referir al hospital ¿no?, entonces eso nos favorece, nos resuelve esa problemática de que la embarazada se quede sin saber qué hacer o a dónde ir, ya la embarazada va, la partera nos avisa (PS19VER).*

Pese a no ser parte de la plantilla de las unidades de salud las parteras cumplen con funciones propias del personal comunitario. De hecho, en todos los estados existen formatos donde ellas reportan sus actividades de manera mensual y una de las obligaciones más claras que el sector salud les atribuye, es la entrega periódica de dicha información a sus centros de salud quienes los deben remitir a las jurisdicciones. También documentamos en campo casos donde, incluso en tiempos de pandemia, debían llevarlos directamente a la Jurisdicción. Claramente ellas no son personal de salud ni tienen acceso a los beneficios que esto implica en términos de seguridad social, pero se les pide actuar como tal y rendir “productividad”.

Del mismo modo, el sector salud identifica que las parteras tienen la responsabilidad de asistir a las capacitaciones, entregar información, apoyar la referencia a las unidades médicas y realizar acciones de seguimiento con las gestantes, parturientas, púerperas y recién nacidos de su comunidad:

*Les pedimos nosotros mensualmente un reporte ya es un formato de la Secretaría de Salud donde viene con dibujitos este qué actividades hicieron ¿no? si nada más valorado en el embarazo, si le dieron alguna masaje o le acomodaron al bebé como hacen algunas maniobras o sí... esto sería el control prenatal, o si atendieron el parto, o si atendieron al recién nacido, o si han visto al recién nacido después ya en el puerperio o a la púerpera también, entonces todo eso ellos van reportando; entonces todo ese... esa productividad la van registrando la entregan al centro de salud y el centro de salud la reporta mensualmente (PS19VER).*

Todas estas obligaciones están en un marco de discrecionalidad que genera relaciones desiguales (a veces de clara subordinación) entre el personal de salud y las parteras a su cargo.

### **Relación sector salud-parteras tradicionales desde la perspectiva de las parteras**

Todas las parteras entrevistadas tienen o han tenido algún tipo de relación con el sector salud. Estas van desde relaciones cercanas de reconocimiento, o de colaboración, hasta casos de tensión, recelo, o desdeñamiento de la partería por parte del personal de salud. En general, la relación que el Sector Salud establece o busca establecer con las parteras, está enmarcada por la subordinación de las parteras, la cual es mucho más presente en el caso de parteras no organizadas. Muchas de las entrevistadas manifiestan hartazgo de las impo-

siciones, falta de respeto o de apoyo, desconocimiento de su trabajo y contribuciones, hostigamiento y discriminación por parte de personal de salud y reclaman respeto y autonomía:

*Ellos (personal salud) no entienden que lo que nosotras queremos es trabajar en conjunto; no queremos ni ser parte de ellos, ni de la jurisdicción. Queremos ser autónomas, pero tener una mejor vinculación por las mujeres (O29 CHI).*

Uno de los temas recurrentes mencionado por las parteras entrevistadas fueron hechos o actitudes relacionados con casos comunes y frecuentes de discriminación, humillaciones y maltrato hacia las parteras sobre todo cuando las parteras están solas, no conocen sus derechos o no tienen el apoyo de las organizaciones o no participan de la interlocución de estos organismos en las negociaciones con el Sector Salud:

*En los servicios de salud descalifican su trabajo (de las parteras) "hablando muy mal de las parteras, que no atienden bien," que las complican, que nada más les dan té para complicar al bebé, que luego por eso se mueren.. Bueno, inclusive cuando yo estuve en el hospital llegaban las embarazadas y les preguntaban, "¿Tomaste algún té?" (...) "no, que ya ves, por eso tu bebé está así, se está muriendo por hacerle caso a una partera porque la partera no sabe" (O46GRO).*

*Cuando traemos nuestra ropa típica (nos dicen) "es que son mareñas", "es que son indias", "Son bien cochinas, no se bañan y no se lavan". Nos bañamos y nos aseamos, pero así nos miran ellos. Por eso a veces no atienden rápido. Yo les digo a mis compañeras "hablen, no tengan miedo". "¿Sí está bien por qué crees que te la estoy trayendo? ¿Porque necesita atención médica! Si estuviera en mis manos yo la atiendo (O25OAX).*

El problema del desconocimiento de la partería en el Sector Salud y la invisibilización de su función y aportes, es estructural y sistémico. Deriva de una doble mirada y práctica donde se intersecan: a) situaciones entre el personal de salud/autoridades de salud de discriminación de clase, raza y género hacia las parteras, por ser indígenas, por ser mujeres y por ubicarse en comunidades que se perciben como pobres y "atrasadas"; y b) situaciones de discriminación por la interiorización entre el personal de salud/autoridades de salud de la intrínseca superioridad del saber biomédico y de la jerarquía hegemónica del conocimiento científico frente a otros saberes que no se reconocen como tales. En muchos casos eso implica la explícita o sutil indicación de no atender:

*-Actualmente así como que nos den permiso en esta zona de atender partos... de hecho ya no nos lo permiten, siempre nos dicen que canalicemos a la paciente al hospital, y sé que si un parto a veces es de alto riesgo, a veces no son de riesgo...*  
*-No, en las clínicas ya no nos dan permiso. [Nos dicen] que ingresen al hospital.*  
*-Yo en mi caso ya no atiendo a nadie de allí, por lo mismo de que si uno lo llega a atender ellos se molestan (115VER entrevista colectiva).*



*Hay veces que no somos bien vistas por los médicos (...): "no quiero que vayas con la partera, te estoy mandando al hospital!" (006OAX).*

Un resultado importante fue evidenciar la diferenciación en el trato y actitudes hacia la partería indígena entre las Secretarías de Salud estatales y el programa IMSS-Bienestar. La prohibición tajante del ejercicio de la partería se ha dado principalmente por el programa IMSS-Bienestar y ha tenido su mayor impacto en las regiones donde los servicios de salud son otorgados por este programa. En varias regiones se captaron testimonios de parteras que mencionaron esta prohibición y como consecuencia han dejado efectivamente de atender partos. Se han encontrado también estrategias para desincentivar el ejercicio de la partería por parte de personal de la Secretaría de Salud, sobre todo entre médicos/as:

*El IMSS en Oaxaca, prohibió a las parteras atender que ya no, que ya no atiendan (009OAX).*

*¿Por qué la atendiste? ¿Por qué no la mandaste para acá? Tú no debes de atender parto, porque tú no sabes (026CHI).*

*El personal de salud prohíbe a las mujeres que se atiendan con las parteras. Los médicos se los han dicho a las mujeres que no vengan aquí (047GRO entrevista colectiva).*

En Veracruz, de las 14 parteras entrevistadas que están adscritas al programa IMSS-Bienestar o atienden en zona de cobertura de este programa, se encontró que es generalizada la prohibición de atender partos, con la única excepción de casos de urgencia:

- Bueno, en la actualidad ya no nos permiten. Actualmente ya no.*
- Desde hace como... Como 7 años o 10 años.*
- Ya ni los médicos de las unidades médicas tampoco ya no se los permiten.*
- Solamente que sea una urgencia que no puedan salir de la comunidad es como uno los puede atender. Todo a hospital.*
- Nos han dado una herramienta especial para atender un parto en caso de emergencia. Sí tenemos, todo el equipo de parto para emergencia.*
- Así nos dijo el doctor, "ustedes no van a meter mano porque ustedes no van, ¿si viene complicado ustedes cómo lo van a atender?", dice. "Ustedes no le van a hacer nada". "Sí, se le puede morir", dice. Sí, eso nos dicen. Ajá, así nos dijeron (112VERColectiva).*

*...(Ya no atendemos) porque cuando fuimos a una plática nos dijeron que no deberíamos de atender partos porque si se moría la embarazadita, nos iban a encerrar. Y yo cuando ya entré ya no me dejaron atender partos, ya no más les, meneo su bebecito y ya, ¿no? Que, porque si no, nos van a encerrar... Las reúne para decirles, ya no sobar, ya no hacer las maniobras, ya no usar ciertas cosas y todo eso. Entonces yo dije, "¡Ah!", por eso ya hay muchas parteras que ya no [atienden] (084VER).*



Esta lógica de prohibición y amenaza tan evidente por parte del IMSS-Bienestar apareció como un importante hallazgo de la investigación y un punto central a transformar en la relación. Por otra parte emergió también en las entrevistas y el trabajo de campo, el interés por parte de muchas parteras en relacionarse con el Sector Salud, y hay casos donde se reportan buenas relaciones y una buena colaboración; hay diversos testimonios tanto de parteras como de personal de salud, en ese sentido. Las parteras identifican dos aspectos donde consideran fundamental esta vinculación:

- a) para las referencias de mujeres con complicaciones
- b) para gestionar o tratar de obtener los certificados de nacimiento para los recién nacidos.

### **Las capacitaciones: el mecanismo fundamental de relación, registro, intervención y difusión del pensamiento biomédico**

La capacitación fue el tema más mencionado en las entrevistas con el personal de salud en todos los estados e igualmente significativo en los diálogos con las parteras. La cantidad de referencias a este tema es un buen indicador de cómo se comprende el rol asignado a las capacitaciones, en la relación del sector salud con las parteras tradicionales en México. Las mismas son pensadas como un espacio fundamental de vínculo periódico, de adiestramiento en los saberes que desde la biomedicina se consideran necesarios para su labor y al mismo tiempo un mecanismo de captación, registro y actualización del censo con el cual cuentan los centros de salud y jurisdicciones.

Las capacitaciones cumplen el objetivo de fungir como espacio privilegiado de captura y registro de nuevas parteras o de aprendices en formación. Opera como mecanismo de vigilancia o control del trabajo de las parteras y como una estrategia para garantizar entrega de informes de sus actividades al sector salud. También se señaló que la capacitación es una estrategia para una mejor vinculación de las parteras con la institución médica y para brindar una buena atención a las mujeres. Las capacitaciones también son parte de procesos de registro, censo y credencialización de parteras y son utilizadas como estrategia que permite (o no) el acceso de las parteras a las constancias de alumbramiento, siendo en algunos casos un requisito para acceder a éstas. Asimismo, hay personal que promueve las capacitaciones como un mecanismo de control de carácter obligatorio aludiendo a argumentos sin sustento jurídico.

Los contenidos que se priorizan desde la perspectiva del personal de salud tienen que ver con los problemas o complicaciones médicas del proceso de embarazo, parto y puerperio; para que las parteras cuenten con herramientas para la identificación de riesgos obstétricos, enfatizando en los signos de alarma y el reconocimiento de las complicaciones y padecimientos más frecuentes (hemorragia obstétrica, enfermedades hipertensivas en el embarazo, infecciones, retención placentaria, entre otros). También fueron mencionados



temas de planificación familiar, salud materna y prevención de enfermedades de interés en salud pública, como son Zika, dengue o Covid-19. En general, se identificó una perspectiva centrada en la biomedicina en las capacitaciones realizadas con las parteras. Este es uno de los principales mecanismos de transformación de su práctica para centrarse en la perspectiva biomédica de identificación de riesgo y canalización, así como dotarles de conocimientos que les permitan promover temas en salud sexual y reproductiva, y convencer a las mujeres de utilizar métodos anticonceptivos:

*Las capacitaciones las tenemos cada vez que entregan ellas su papelería, son capacitadas en planificación familiar... Ellas tienen que recabar información con las señoras, aparte de que tiene que darle plática de planificación y ellas tiene que tratar de convencerlas para lleven algún método, ¿sí? (PS21YUC).*

*Los temas que hay siempre son de cajón, son señales de alarma en el parto, embarazo, puerperio... o sea que la partera pueda identificar una alarma en la paciente, riesgo que puedan presentarse y que en el análisis de la muerte materna debemos reforzar esa parte... siempre va con enfoque de riesgo y que pues la capacitación va enfocado a eso (PS01CHI).*

*Los temas que... son prioritarios...es el plan de seguridad, los padrinos obstétricos, la consulta prenatal, la línea materna...es el 80% del programa de capacitación (PS13QROO).*

Se menciona que al momento de la entrega de informes de actividades el personal médico refuerza aquellos temas que se consideran básicos y cotidianos en la atención. En cuanto a su componente pedagógico, se percibe el interés en algunos estados por privilegiar herramientas prácticas de enseñanza-aprendizaje, justificadas en la necesidad de adecuarse a las características de edad, lengua, escolaridad y disponibilidad de tiempo de las parteras. En algunos de los estados se enuncia la realización de capacitaciones con traducción a la lengua indígena. Aunque solo en casos excepcionales el personal de salud se comunica en la lengua que maneja la población, en varios testimonios emergieron estrategias didácticas más adecuadas a las características de las parteras:

*Convocamos a las parteras, las que están registradas y las que no, manejo un material didáctico para el apoyo y que lengua hablan, y eso impacta mucho, así responden mejor, yo hablo los dos (tzeltal y tzotzil), la transmisión y comunicación es muy directa (PS31CHI).*

*...hay un orden, un programa, el cual se va en orden pues y utilizaron los compañeros el proyector, carteles, muñecos, para que se haga más dinámico porque si se pone el médico, por muy médico que sea, a hablar con tecnicismos no le va a entender la partera, entonces necesitamos utilizar o tratar de ponernos al alcance de ellas, más que nada utilizar la empatía, para que también las parteras logren captar lo que les queremos decir (PS65GRO).*



Se señala la realización de talleres con apoyo y financiamiento de organizaciones de la sociedad civil o desde los niveles estatales, en los cuales se han incorporado otro tipo de herramientas didácticas:

*...hubo una capacitación muy bonita que de verdad mis parteras estaban así emocionadas, porque había modelos de bebés, modelos de las pancitas, lo que yo no tengo... (PS11QROO).*

*ellos les presentaron el maniquí y ellos agarraban al niño y lo tocaban y estaba como una bombita así moviendo al niño, que hacía su corazoncito, su pulmoncito y chillaba también. Si el niño no chillaba había que hacerlo chillar, ya ellas con estimulación los hacían chillar, ya al final hicieron como un teatrillo de cómo se atiende una paciente, hacia el esposo toda la situación que se presenta en su domicilio hasta llegar al traslado y, por último al parto y al hospital, en caso de una complicación. Toda esa obra de teatro la presentan a las parteras y les van trayendo todas esas cositas como innovaciones, ni nosotros tenemos ese maniquí. Esas innovaciones se las van trayendo a las parteras como que les va llamando la atención cómo se mueve el bebé, como chilla, pues a ellas les gusta (PS22VER).*

Encontramos que algunas de las personas entrevistadas reconocen que sensibilizarse en temas culturales que competen a la salud, es algo necesario para la vinculación con las parteras tradicionales. Consideran que los departamentos de Capacitación y Enseñanza tendrían la responsabilidad de brindar capacitaciones o talleres de sensibilización al personal médico, aunque se trabajen al paralelo por parte de la Dirección de Promoción y Prevención a la Salud.

Por otro lado, varias parteras mencionaron que las capacitaciones, sobre todo cuando las metodologías utilizadas son participativas, horizontales y con un reconocimiento de los saberes de ellas, se vuelven espacios importantes no solo de interaprendizaje, sino de socialización y formación de lazos de apoyo entre ellas. En casos excepcionales, por ejemplo con la alianza que se logró establecer en Yucatán con la organización GPA, la capacitación se volvió un espacio de cuidado y autocuidado para las parteras, dando pautas de cómo se podrían transformar estos espacios de enseñanza-aprendizaje de una manera exitosa y productiva para todas las partes:

*...Tuvimos capacitación el año pasado y creo que fuimos una seis veces... Viene un doctor, desde Comitán y colabora con el movimiento Nich Ixim, pero es la Alianza Pediátrica Global, entonces él vino y nos daba capacitación [...] era super interesante porque eran temas de identificar emergencias, de planear también con las familias no sólo los partos sino también embarazos saludables. Nos dieron muchísimo material, y estuvo muy muy bueno, y me encantó porque era como de autocuidado, porque nos enseñó cómo medir el azúcar y cómo ver si teníamos proteínas en la orina, y lo hacíamos como con nosotras, entonces ahí salieron*



*las que estaban diabéticas , y las que tenían presión alta ya de ahí se derivó también que a muchas les dijera "usted va a pasar ahí con el doctor." Esta parte del autocuidado que es lo que muchas veces no hacemos, fue super interesante con mucho material. Con las pelvis, ¿muchas parteras han visto a pesar de que trabajan con pelvis ésta pelvis móvil? Pues yo creo que no, y estábamos con los ojos cuadrados viendo a este doctor, viendo a los bebés así chiquitos desde como una semilla, entonces todo fue muy educativo, nos llevaban que maniquís para la reanimación, entonces todo eso es capacitación de verdad (087YUC).*



## 5. Barreras y Demandas

### Barreras identificadas por el personal de salud en la vinculación con parteras tradicionales

A partir de las entrevistas realizadas al personal se identificaron doce barreras que se consideran dificultan su relación con las parteras:

1. Barreras lingüísticas.
2. Acceso a las parteras y de las parteras a los servicios por las dificultades de transporte y la ausencia de recursos para ello.
3. Resistencia de las parteras a vincularse con el sector salud o a decir que son parteras.
4. Edad avanzada y analfabetismo de las parteras.
5. Falta de personal y permanentes cambios en el mismo lo cual genera ruptura de vínculos con las parteras y desconfianza por parte de ellas.
6. Falta de recursos para partería.
7. La trayectoria de formación del personal de salud la cual no los entrena para reconocer otros saberes en salud ni mucho menos la labor de las parteras.
8. Saturación laboral del personal (consultas, llenado de informes, gestión), lo cual significa poco tiempo disponible para promover un contacto con las o los parteras.



9. Desánimo de las parteras por las formas de evaluación a las cuales son sometidas (especialmente en estados donde se implementan acciones de “certificación” o evaluación de sus saberes).
10. Desconocimiento de derechos de las parteras y la normativa sobre el tema, por parte del personal de salud.
11. Maltrato, discriminación y rechazo por parte del personal de salud hacia las parteras, especialmente en los espacios hospitalarios. Esto genera desconfianza, malestar y enojo por parte de las parteras.
12. Invisibilización del trabajo de las parteras en los registros. Aunque fue mencionado solo en dos entrevistas, es significativo el reconocimiento de que en ocasiones se coloca en el certificado que los partos fueron atendidos por personal de salud en vez de las parteras.

A continuación se desglosan con más detalle algunas de estas dificultades. Una de las barreras que más aparece en las entrevistas de los estados es la del idioma, y frente a esta la imposibilidad de establecer una comunicación efectiva con las parteras tradicionales. La barrera del acceso carretero a localidades rurales y la falta de recursos tanto económicos como materiales para brindar a las parteras, es también una constante. Se cruza, además, la edad avanzada de las parteras a las cuales se les hace difícil trasladarse a capacitaciones o a entregar información. También mencionaron casos en los cuales las parteras niegan su trabajo ante las instituciones, por el miedo a asumir responsabilidades sin ninguna ventaja o apoyo a cambio:

*(...) a veces la situación es que nosotros Secretaría de Salud buscamos parteras tradicionales y a veces las señoras niegan que son parteras, sí. ¿y por qué? Porque piensan que a lo mejor va[n] a asumir alguna responsabilidad con nosotros, ¿por qué? Porque dicen que nosotros no les pagamos. Entonces, hay localidades en donde las parteras se niegan a decir que son parteras (...) no se quieren sentir comprometidas a pasar una información (PS47GRO).*

Otra situación identificada como una barrera, es el permanente cambio de personal en las zonas de trabajo, lo cual le quita continuidad a los programas y fractura la confianza de la partera con el sistema. También se reportó que la falta de recursos para los programas de partería hace más complicada la vinculación. El personal considera que al haber recurso disponible habría experiencias más exitosas en la relación:

*(...) creo que por qué existe ese divorcio, porque llega personal nuevo, porque va personal (...), entonces no están acostumbrados a trabajar con el personal de las comunidades, o también las parteras cuando ven que el personal es nuevo y si no l[as] toman en cuenta, pues no se acercan. Es una lucha constante que deben de tener los responsables del programa para acercarse con las parteras. Es una lucha desde la jurisdicción para que trabajen con las parteras (PS07OAX).*



Una barrera que engrana en el desconocimiento y dota de motivos al personal de salud son los discursos arraigados en el imaginario de un gran número de médicos/as y enfermeros/as o decisiones e indicaciones emitidas previamente respecto a la prohibición de las parteras a atender:

*Se perdió ese respeto, (...) se perdió porque hace muchos años las sacaron, así fue literal, las sacaron: "ustedes me tocan una embarazada, las meto presas". Pues eso era lo que les decían en las unidades de salud hace muchísimos años (...). Cuando el IMSS les dijo se acabó, no más. No te podría especificar o decir en qué gobierno fue... Sí las sacaron (...) bajo la amenaza de que si ellas atendían un parto se iban a ir a la cárcel (PS23YUC).*

### Certificados de nacimiento

Respecto a los certificados de nacimiento, éste emergió como un nudo central de tensión en la relación entre el sector salud y las parteras, especialmente en Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Para muchas parteras entrevistadas, el certificado, o la dificultad para acceder al mismo cuando el nacimiento ocurre con una partera, es una de las principales dificultades, pues desestimula a las familias la búsqueda de atención con parteras en tanto el acceso a los certificados no está garantizado de manera inmediata o es necesario hacer varios trámites en el centro de salud para obtenerlos (a diferencia de cuando el parto ocurre en un hospital y la entrega del mismo es inmediata). Sólo las parteras registradas tienen la posibilidad de extender los documentos para el registro de los recién nacidos.

Es indudable que hay diferencias importantes entre los estados. Mientras en Guerrero éste emergió como un problema mencionado en repetidas ocasiones por las parteras, especialmente de la Costa Chica; en Oaxaca se enfrentan a diversos problemas y obstáculos con el Sector Salud, necesidad de ir a hacer el canje posteriormente y tener bebés de hasta seis meses de nacido o más, sin sus certificados. Estas dificultades fueron expresadas también en Chiapas pero allí se reporta que algunas parteras cuentan con el apoyo del personal de salud, el Comisariado o el agente municipal para expedir los documentos de alumbramiento. Por su parte el movimiento Nich Ixim expide sus propias constancias y varias organizaciones, entre esas quienes pertenecen a las CAMI, llevan sus reportes de mujeres atendidas y acompañan de manera decidida en la gestión de dichos certificados:

*Dice ella que hasta el momento no ha tenido ningún problema con el certificado, pero que tampoco lo pedía, lo que hacía ella era que la hoja y la libreta con las huellitas del bebé las mandaba con el enfermero y con eso le daban su certificado al bebé, y ahora los certificados que me está entregando son los dos primeros que ha utilizado del movimiento para las mujeres (O49CHI).*

Pero eso no deja de lado, que otras tengan problemas con el personal de salud, sobre todo porque se han dado cuenta de las diversas prácticas que usan para invisibilizar su trabajo



y condicionarlas en su labor, sin mirar los diversos factores a los que las mujeres embarazadas o recién paridas se enfrentan. Estas barreras para la expedición de certificados en general no fueron identificadas por el personal de salud quien considera que eso está resuelto. Algunas excepciones como el siguiente fragmento:

*Las parteras nos informan que a veces no les expiden en el certificado de nacimiento porque anteriormente con el puro papelito que nosotras dábamos en el registro civil lo aceptaban así, pero ahorita ya no, ahorita en el centro de salud es donde entregan el certificado... cada centro de salud deberían de dar el certificado porque es un papel gratuito pero muchos centros de salud no les parece lo del trabajo de la partera luego le dicen "si la partera te atendió pues allá vete a que te hagan el certificado yo te mandé al hospital no te mandé con la partera" (006OAX).*

El tema de los certificados de nacimiento no pareció emerger como un problema en Yucatán y Veracruz donde las parteras y el personal de salud mencionaron tener acceso a ellos; eso es, con la excepción de las zonas de cobertura del programa IMSS-Bienestar:

*-Ya cuando terminamos de ver el parto, yo voy en la clínica a buscar el papelito para que yo lo rellene, para que ellos vayan por su hoja de recién nacido... Ya con todos sus papeles ya se van entonces [con e]l recién nacido.... No, no tengo ningún problema.*

*E: ¿Le dan la hoja foliada?*

*-Sí. Lo relleno y todo eso... Sí, uno que entrego original en el centro de salud, uno original que le entrego a la señora... Sí, van en la entrega todos los papeles que les doy, y le dan el certificado (107YUC).*

*Con todos los datos ... de ella o, y del bebé, ora que nació, sí naciendo o llorando, respirando y todo bien. Todo llevo en mi libreta, peso y medida, todo. Y ya con esa libreta yo me presento y ya el doctor ya me da el certificado y ya tomalos datos y los agenda y ya (082VER).*

*Gracias a Dios los médicos o el director nunca nos han negado en los certificados de nacimiento, de la Secretaría de Salud no tenemos nada de problema, el problema es con el IMSS, la verdad batallamos... [en] la Clínica del IMSS y ahí no les dan certificados de nacimiento, ahí batallo mucho (078VER).*

Sin embargo y más allá del IMSS-Bienestar, también en Veracruz el certificado funciona como un dispositivo de control, pues para que se los proporcionen a las parteras es indispensable estar registradas en los SSVER y deben cumplir con las obligaciones que se establecen en la práctica, como el reportar mensualmente y el asistir a capacitaciones. Además, las parteras tienen que acompañar a las puérperas y sus bebés al centro de salud y llevar su hoja de alumbramiento con todo los datos del parto y del bebé. Un testimonio de personal de salud en esta entidad reconoce una preocupación expresada por las parteras de



varias entidades y es que no se coloque su nombre como responsable de la atención, en el certificado de nacimiento, acción que significa en la práctica, una usurpación del trabajo realizado por las parteras:

*...no vamos a decir ¡Hay en todos lados!, no. ¡En algunos lugares... este, pues a lo mejor por el exceso de trabajo o porque se les facilita de esa manera -que está mal hecha-. Llenan el certificado (firma el personal médico) el personal de salud y es con eso hemos estado luchando, luchando, luchando ¿no? Para que eso desaparezca (PS17VER).*

El personal de salud reconoce que las parteras tienen derecho de acceder a los certificados de nacimiento; sin embargo, a veces lo utiliza como una forma de presionar a las parteras para que se capaciten o estén "certificadas":

*...Mira, no es parte de la ley,... se podría decir que es una mentira piadosa o una estrategia de nosotros para cautivarlas o para tener población cautiva en ellas porque ahí "No, es que si no estás apuntada, no vas a poder dar certificado y si no das certificado no vas a poder atender, mejor ve y apúntate," fue la lógica que nosotros descubrimos. Aunque por ley, si tú eres una partera y tú llegas y me solicitas un certificado de nacimiento yo no te lo puedo negar, yo te lo tengo que dar [...], eso es de ley. Aquí te digo, a lo mejor el gancho fue decirles "¿Sabes qué? Nosotros te lo damos, pero tienes que estar apuntada, pero te tienes que certificar..." (PS52VER).*

Las parteras de la zona turística de Quintana Roo, por su parte, mencionaron la dificultad para otorgar el certificado de nacimiento, aunque estén registradas en la unidad de salud, además de recibir malos tratos por el personal de salud y personal administrativo:

*(...) hoy fui a reportar un parto que di el domingo, me regañó, no sé si es la trabajadora social, me dijo "no, ustedes cobran el parto no sé dónde le van a dar el nacido vivo, aquí no le vamos a dar nada a usted" porque como me queda un censo de salud, yo sé que donde pongan a las pacientes ahí deben de dar el nacido vivo pero no los dan, y a veces como me queda un centro de salud allá lo solicito, pero son muy groseras (070QROO).*

Parteras de otra región del estado señalan dificultades similares y apropiación por parte del personal de salud respecto a la firma en los certificados:

*El doctor que lo recibe, ellos lo firman. Uno como quien atendió el parto pues ya no firmas nada, son ellos quienes autorizan todo eso. Lo único le pido a ellos, los directores, que ellos por lo menos te dejen firmar pero ya no, ellos firman por tu parte y te dicen "Ya hiciste tu aclaración, ya te recibieron tu reporte, ya te puedes retirar ya no tienes nada que hacer aquí" así nos lo hacen, no solo a mí a todas. Antes cuando no llegaba la pandemia, teníamos que firmar ahora ya no, ya ellos lo firman, ya tiene como un año que comenzaron así, como que ya no te pelan, como que tú ya no vales nada, como que ya ellos ya no quieren, son como cositas así que*



*sí dan sentimiento porque usted se desveló para el parto, usted la vio ah, pero sí quieren que la lleves... (071QR00).*

Como ya se mencionó arriba, en el caso de IMSS-Bienestar, conseguir los certificados de nacimiento se complejiza aún más, porque las parteras mencionan que en las UMR es imposible obtener un certificado; lo anterior, al parecer hasta llega a promover casos de corrupción:

*Con los del IMSS.... Ahí te cobran \$350 para extender una constancia de nacimiento \$350, que no debería de este de cobrar ellos porque esta constancia es gratuita (04OAX).*

### Necesidades y demandas de las parteras

En las seis entidades analizadas, se encontraron coincidencias respecto a las demandas de las parteras quienes fundamentalmente exigen el reconocimiento por parte del Estado y el derecho de la partería tradicional a existir y desarrollar su labor sin ningún tipo de descalificación, amenaza o restricción a su trabajo; en cumplimiento del marco normativo internacional y nacional que reconoce los saberes y sistemas médicos de los pueblos indígenas, así como el marco de derechos que protege la partería tradicional.

Las principales demandas y necesidades expresadas por las parteras son:

1. Reconocimiento a la partería tradicional y eliminación de las barreras para su ejercicio.
2. Erradicar la discriminación, el maltrato y las amenazas hacia las parteras, sus saberes y sus prácticas, así como los discursos y actitudes que desestimulan a las mujeres a atenderse con ellas.
3. Garantizar el acceso a los certificados de nacimientos para los recién nacidos atendidos con parteras, sin trabas y de manera oportuna.
4. Que se reconozcan en dichos certificados los partos que han sido atendidos por ellas y no se borre, ni usurpe su trabajo.
5. Dotación de insumos y materiales para la atención de la embarazada; adicionalmente, dotación de equipo de protección en casos de pandemia.
6. Retribución económica digna por su trabajo.
7. Espacios de encuentro, formación y capacitación pero no con una lógica de subordinación o imposición de saberes biomédicos. Son especialmente valorados

los espacios de intercambio entre parteras y aquellos que incorporan metodologías y estrategias didácticas más cercanas y de tipo práctico.

8. Mejores condiciones de vida, de trabajo y de salud que permitan arribar a procesos de envejecimiento con mayor calidad.
9. Acceso a servicios de salud de calidad, gratuita y resolutive. Esto es especialmente relevante en el caso de las adultas mayores pues la mayoría no cuenta con afiliación a servicios de salud y muchas atraviesan procesos de enfermedades crónicas que deben atender con recursos propios o familiares.
10. Recepción de las mujeres que ellas canalizan a los hospitales, sin maltratos ni regañones y que se les permita entrar a dar seguimiento a sus pacientes.
11. En el caso de las parteras adscritas a zonas atendidas por las unidades médicas rurales del IMSS-Bienestar demandan poder desarrollar su trabajo sin restricción y poder atender partos, no sólo canalizar a las mujeres al hospital.
12. Relaciones colaborativas y de respeto con el sector salud. Esta fue una demanda planteada por muchas de las parteras y parteros entrevistados. Sin embargo, es importante señalar que también existen posiciones de mayor distancia y autonomía frente al sector salud.

También fueron planteadas otras demandas no dirigidas al sector salud:

13. Recibir el apoyo de sus propias comunidades y autoridades locales.
14. Mayor involucramiento del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas en la defensa y promoción de la partería tradicional. Esto incluye la implementación de acciones que garanticen el cumplimiento del marco normativo que reconoce el derecho a la medicina tradicional y el acompañamiento decidido a las Casas de la Mujer Indígena que atienden partos, entre otros.

Durante la parte final del proceso de investigación salió el anuncio del Proyecto de Norma sobre Partería. Frente a ello emergió por parte de varias organizaciones y parteras una demanda contundente en el sentido de rechazar la Norma y cualquier intento de regular la partería tradicional, ya que una regulación en ese sentido desconoce el marco normativo que la protege.

### **Necesidades y demandas de las parteras desde la perspectiva del personal de salud**

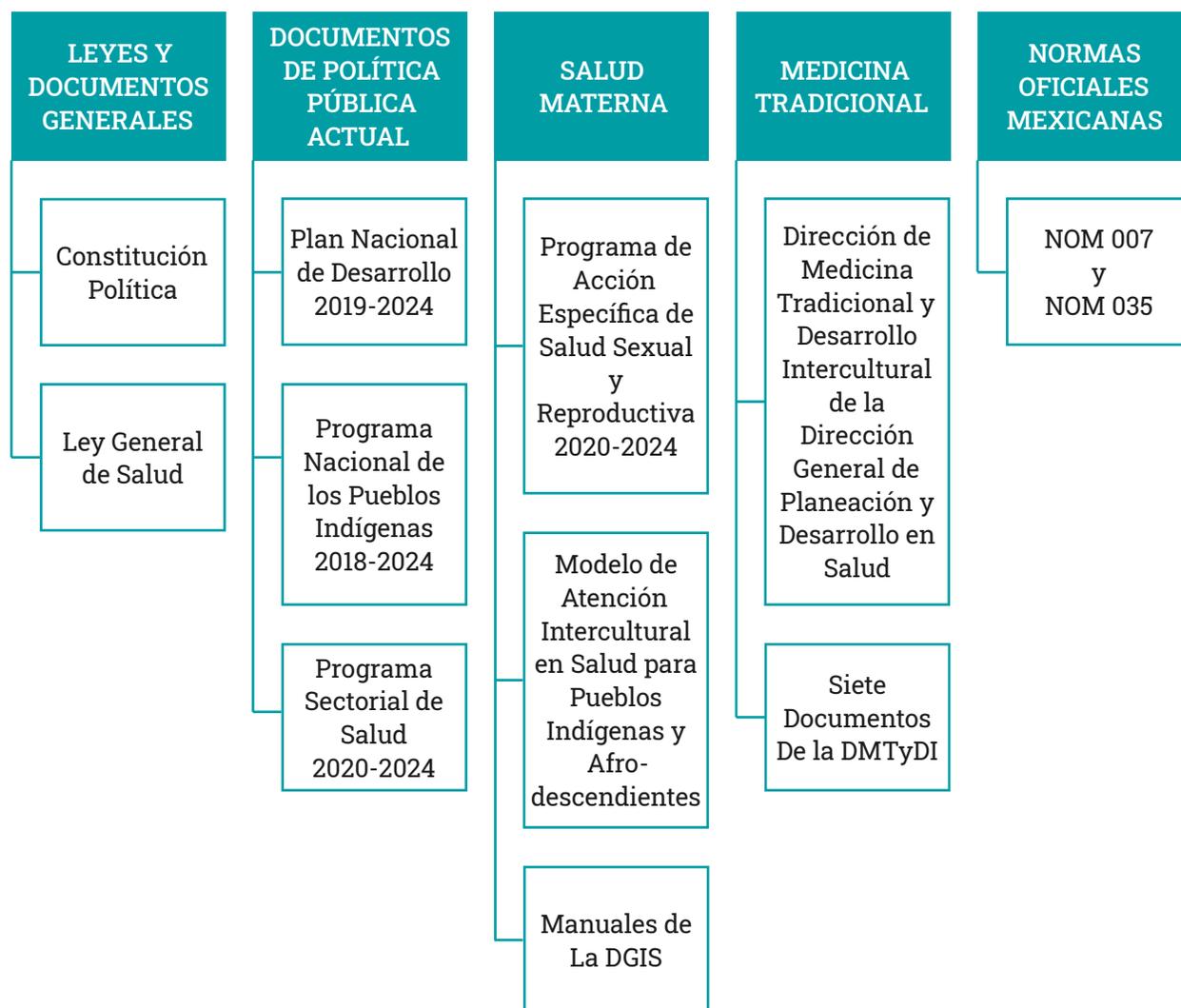
Por su parte el personal de salud identificó las siguientes necesidades de las parteras, ordenadas según la frecuencia con que fueron enunciadas:

1. Dotación de insumos y materiales para que las parteras atiendan en mejores condiciones (por ejemplo, contar con aparatos para valorar el estado clínico de la embarazada y su bebé; a la vez el empleo de materiales que disminuyan el riesgo de infecciones).
2. Remuneración económica para las parteras.
3. Recursos para partería y acompañamiento del nivel federal (por ejemplo para poder cubrir los traslados de las parteras cuando acuden a reuniones, o para capacitaciones).
4. Buen trato, no discriminación y reconocimiento por parte de todo el personal de salud.
5. Dotación de certificados de nacimiento para los recién nacidos atendidos por parteras, sin trabas.
6. Salud para las parteras, especialmente las adultas mayores.
7. Garantizar que otras instituciones (como el Programa IMSS-Bienestar) apoyen plenamente a las parteras.
8. Legitimarlas como parte del Sistema de Salud y reconocer su importancia.

## 6. Marco normativo y legislativo sobre la partería indígena en México

En 2021 se revisó el marco jurídico y normativo mexicano y multilateral (este último, principalmente el desarrollado en el seno de las Naciones Unidas), en los campos de: a) los derechos colectivos de los pueblos indígenas y su derecho de desarrollar, fortalecer y ejercer su propios saberes y prácticas de la medicina tradicional; y b) los lineamientos y estrategias desarrollados en el campo de la salud materna y perinatal y la partería. En relación a la normatividad del sector salud mexicano, se revisaron los siguientes documentos (véase Gráfica 3):

Gráfica 3. Documentos legislativos y normativos analizados, México, 2021



Fuente: Informe Marco normativo, proyecto "Situación actual de la partería indígena en México" 2021.



Se encontró una brecha marcada entre, por un lado, el marco jurídico internacional y el constitucional de los derechos humanos—donde se reconocen explícitamente los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la protección y al pleno desarrollo de su patrimonio cultural, sus saberes propios, y el ejercicio libre y autónomo de la medicina tradicional—y, por el otro, el aparato legislativo y normativo expedido para reglamentar el otorgamiento de los servicios de salud y, en particular, la atención en salud materna y perinatal en el país.

La partería indígena en México se encuentra en un limbo entre estos dos polos, pues resulta evidente que es parte de los saberes ancestrales propios y, en particular, se le reconoce como una especialidad de la medicina tradicional que los pueblos indígenas tienen derechos de ejercer y desarrollar en libre determinación y con autonomía; al mismo tiempo que refiere a cuidados que se ejercen en específico en el campo de la salud materna y perinatal; un campo cuya jurisdicción reclama directamente el Estado y que involucra jurídicamente derechos y responsabilidades de quien la ejerce por el hecho de cuidar la salud y la vida de otras personas.

Mientras que el primer marco jurídico (internacional y el constitucional) otorga, reconoce, promueve y garantiza derechos, el segundo (nacional) regula y controla; por tanto, constriñe y limita el ejercicio de la partería indígena y la somete a las reglas y los criterios que se establecen desde las leyes emitidas por el poder legislativo y la institucionalidad del Estado, del Sector Salud y, en particular, de la Secretaría de Salud como cabeza de sector del sistema institucional de salud y encargada de establecer la política, las normas y las regulaciones del ejercicio de la medicina/obstetricia y la salud materna. Aquí habría que recordar, sin embargo, que los derechos humanos comprometidos en tratados internacionales y la Constitución política de nuestro país tienen preminencia por ser de un orden jurídico superior con respecto a las leyes, reglamentos y normas que se expiden desde el legislativo o el ejecutivo; por lo tanto la falta de armonización tendría que corregirse promoviendo, respetando y garantizando siempre el ejercicio libre de la partería indígena como parte del patrimonio cultural y etnomédico de los pueblos indígenas.

El marco normativo nacional y en particular el marco normativo de la Secretaría de Salud presentan una gran complejidad y diversidad. Hay una clara falta de armonización en estos múltiples instrumentos, lo cual da cabida a ambigüedades, contradicciones, ausencias y opacidad en el campo de definiciones, atribuciones, responsabilidades, criterios, requisitos y reglas, lo cual, finalmente, abre el campo a una gran discrecionalidad en la implementación de políticas, programas y de la misma regulación, tanto en el terreno de lo legal, como y sobre todo en el terreno de lo concreto.

En la revisión, se encontraron contradicciones y discrepancias entre lineamientos y guías elaboradas por la DMTyDI de la DGEPLADES, por un lado, y la Ley General de Salud, su Reglamento, la Norma 007 y otros lineamientos elaborados desde las áreas que en la Secretaría de Salud, tienen la atribución de supervisar y regular el campo de la atención en salud materna. Los documentos elaborados por la DMTyDI parten en muchos casos de una visión



de la interculturalidad armónica y horizontal, la cual no corresponde a las relaciones—marcadas principalmente por una franca hegemonía, la discriminación difusa y la exclusión frecuente—que personal de salud y autoridades de este sector establecen concretamente en la cotidianidad con muchas parteras indígenas. Sin embargo, estos documentos también reconocen el marco de los derechos colectivos de los pueblos indígenas y ubican el ejercicio de la partería indígena dentro de ese marco de derecho. La ambigüedad identificada en los propios documentos de la Secretaría de Salud hace que mientras en unos se reconozca el derecho de las parteras a atender, en otros explícitamente se subordina el mismo a la regulación de la SSA y al cumplimiento de requisitos como saber leer y escribir o validar sus conocimientos ante dicha institución.

En septiembre 2022, fue anunciado un proyecto de Norma en relación a la partería que incluye en su enunciado a las parteras tradicionales. A la fecha (marzo 2023) no se conoce el contenido de dicho proyecto, pero de entrada llama la atención que se incluya a este sector, cuando las parteras tradicionales no son parte formal del sistema institucional de salud.

Un problema fuerte que se enfrenta en México es la brecha de implementación entre lo que el marco jurídico, legislativo y normativo establece, aun con todas sus ambivalencias, contradicciones y limitaciones, por un lado, y lo que sucede en la realidad, por el otro. Es crucial reconocer oficialmente y en documentos legales y normativos el gran aporte que la partería indígena ofrece justamente con su quehacer en el campo de la salud materna y neonatal, acompañando y atendiendo a mujeres, recibiendo vidas, identificando y refiriendo a mujeres cuando surgen complicaciones, resolviendo problemas y cuidando la salud de las madres y sus pequeños a nivel comunitario; sin que al Estado le represente además, costo alguno.

Este reconocimiento es un acto de justicia elemental, aún más en tiempos de pandemia donde las parteras han aumentado enormemente el volumen de la atención materna de la cual ellas se hacen cargo, arriesgando sus propias vidas en el ejercicio de lo que ellas conciben que es un servicio comunitario y ante la fuerte crisis que el Sector Salud ha experimentado con un sistema institucional de salud muy frágil en el primer nivel de atención y carente, sobresaturado y riesgoso por la presencia de la COVID-19, a nivel hospitalario. El reconocimiento es aún más importante, porque una forma común de constreñir y limitar a la partería indígena en el marco regulatorio desde el Sector Salud es precisamente la ausencia de mención, lo cual implica invisibilizar sus contribuciones o pensar que son insignificantes.

A continuación se presentan algunas reflexiones generales y recomendaciones.

1. Encontramos un paralelo entre las ausencias de mención a la partería indígena y/o tradicional en los documentos programáticos de las agencias de Naciones Unidas (OMS, OPS y UNFPA) que tienen el mandato de diseñar la política global en salud materna y asesorar a los países miembros en esta materia, y las ausencias en algunos de los documentos programáticos o normativos en salud



materna, generados por la Secretaría de Salud en México. Pareciera que esta falta de inclusión tiene que ver con el desconocimiento de las aportaciones de las parteras indígenas a la salud materna y neonatal por el simple hecho de no contar con un título de estudio como profesionales de la salud.

Esta equiparación entre lo profesional y el ser personal calificado ignora que muchas parteras indígenas han adquirido y afinado sus conocimientos en cómo atender de manera oportuna y con calidad y calidez a las mujeres gestantes y parturientas a través de muchos años de experiencia; no toma en cuenta además el papel real que estas parteras desempeñan en cuanto a su volumen de atención, invisibilizando nuevamente sus aportes que además no involucran costos para el sistema institucional de salud. Finalmente, es un indicador de cómo se jerarquizan los saberes y se privilegia a la formación escolarizada y profesional biomédica desde el sector Salud y desde las agencias expertas en materia de salud.

2. Se atestigua la brecha entre el reconocimiento discursivo y en la práctica, de la partería indígena tradicional. Se le reconoce y se le promueve, por lo menos a nivel jurídico o de reivindicación política, por ser parte de los saberes y prácticas culturales de los pueblos indígenas, pero se desconocen y se invisibilizan sus aportes técnicos y humanos como recurso en la salud materna. Esta discrepancia no permite la armonización de plataformas programáticas como las que el Foro Permanente para las Cuestiones de los Pueblos Indígenas (2018) de las Naciones Unidas recomienda y promueve; asimismo, no permite avanzar en la armonización del marco jurídico, legislativo, programático y normativo en el caso de México.
3. Sobre la institucionalización y regulación de la partería indígena: como nos enseñan las distintas experiencias de otros países americanos (Canadá) y latinoamericanos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Guatemala), existen distintos caminos para promover, reconocer y/o apoyar a la partería indígena; todos ellos, con ventajas y desventajas específicas. Esto implica repensar la relación de la partería indígena con el Estado y sus instituciones (en particular y especialmente, el Sector Salud), la cual puede ir de un extremo representado por la autonomía y la autodeterminación, por un lado, a la incorporación plena al sistema institucional de salud, por el otro. En este último caso, es crucial identificar y romper las relaciones asimétricas de poder con la institucionalidad hegemónica biomédica y la búsqueda de una relación intercultural en salud que sea realmente respetuosa y horizontal, por lo que la articulación y el enfoque de interculturalidad que se propone o establece desde el Estado necesita someterse a un profundo escrutinio.
4. Sobre la selección del camino a emprender en la lucha política por el reconocimiento y el fortalecimiento de la partería, existen varias vías: a través de la identificación de la partería como patrimonio cultural y como parte de derechos de colectividades (como se hizo en Colombia), o como recurso valioso, importante y



oportuno para la salud materna, por el otro (como se ha intentado promover de distinta manera en Ecuador y Guatemala) o si valdría la pena impulsar ambos caminos; lo cual evidentemente tiene que ver con las posibilidades de cabildeo e incidencia en cualquiera o ambas de estas vías.

Es importante recordar que un marco jurídico, legislativo y normativo favorable y respetuoso hacia la partería indígena es solo un primer paso necesario pero nunca suficiente en la lucha para el reconocimiento y el fortalecimiento de estos saberes y prácticas ancestrales que tanto pueden aportar a la salud materna de las mujeres indígenas. No hay que perder de vista que, aun cuando se logre armonizar este marco en pro de la partería indígena, el siguiente paso será probablemente el más difícil de lograr. Cerrar la brecha de implementación, sigue siendo el reto más grande que se tiene en frente.



## 7. Conclusiones y recomendaciones

La investigación ha permitido identificar diversos aspectos que resultan centrales en el diseño de una política pública dirigida de manera explícita a fortalecer la partería tradicional indígena en contextos rurales y urbanos, así como la practicada por parteras rurales no indígenas y parteras afromexicanas, en aras a garantizar el derecho a su ejercicio y el derecho de las mujeres gestantes y sus familias a decidir sobre la forma de atención de sus partos.

En primer lugar, se pudo documentar la importancia y vigencia de la partería tradicional indígena en el ámbito de la salud materna en estas seis entidades, en el cuidado de mujeres y recién nacidos y la atención durante diversas etapas de la vida. El número de parteras que existen y trabajan en México identificadas por el sector salud es uno de las más grandes de América Latina pero enfrenta condiciones adversas que amenazan su existencia y reproducción. Algunas de esas son externas, particularmente relacionadas con las estrategias de control y reducción de su accionar por parte del sector salud, implementadas desde hace varios años y en algunos casos, a lo largo de dos décadas.

Otras amenazas a la partería se relacionan con los procesos de envejecimiento y deterioro de la salud de muchas parteras y parteros adultos mayores quienes atraviesan enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, problemas de visión o de articulaciones. La mayoría no cuenta con ningún tipo de seguridad social y la gestión de su salud es asumida por ellas o sus familias. La investigación documentó que las parteras asumen jornadas de trabajo extenuantes y están expuestas al desgaste físico, exposición a riesgos y deterioro de su propia condición de su salud. Atender esta situación es un tema urgente y de primera importancia.

Igualmente preocupante resulta la poca transmisión de saberes a nuevas generaciones de parteras, pese al interés de las parteras por compartir sus conocimientos. El poco interés de las personas jóvenes por aprender la partería se relaciona con la percepción de escasa valoración de este oficio y las constantes descalificaciones o amenazas de que son objeto las



parteras; igualmente, el interés por buscar otras fuentes de ingreso ha implicado la migración de jóvenes aprendices que han interrumpido entonces su proceso. Esta débil transmisión significa en la práctica una pérdida importante de saberes colectivos de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Los procesos de transmisión intergeneracional más exitosos parecen ser los que ocurren al interior de una misma familia, debido a la permanencia y continuidad de la enseñanza.

Por otra parte, se evidenció que la relación sistemática de subordinación, maltrato y discriminación de las instituciones de salud hacia las parteras tradicionales indígenas, es estructural y revela la fuerte división epistémica entre lo que se considera saber y conocimiento. Estas actitudes impiden un dialogo horizontal entre las partes y legitiman la relación asimétrica. Este hecho genera diferentes desventajas pues niega o dificulta sobremanera a las parteras su posibilidad de atender, lo cual es aún más marcado en el caso del IMSS-Bienestar, al mismo tiempo que no permite al sector salud reconocer y valorar el trabajo de las parteras en las comunidades incluyendo las ventajas y oportunidades que podría traer un trabajo en conjunto.

El desconocimiento y abandono no son exclusivos del sector salud; involucran a otras instituciones responsables de la atención a los pueblos indígenas y afromexicanos, particularmente el Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas, las instancias estatales encargadas de esta tarea, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y sus contrapartes estatales, así como las instituciones del sector cultura en cuyo mandato está la garantía de los derechos culturales de los pueblos indígenas.

Por supuesto involucran al legislativo cuya función es central para asegurar que el marco normativo y legislativo existente en México en relación a la medicina tradicional incluyendo la partería, cumpla los compromisos internacionales y los artículos de la constitución, que protegen y garantizan su libre ejercicio. Igualmente es fundamental en orden a garantizar presupuestos específicos para políticas y programas cuyo objetivo sea reconocer estas curadoras y curadores tradicionales, así como la preservación y transmisión de este saber y de su práctica cotidiana.

Transformar estas lógicas de subordinación implica comprometer al personal de salud con acciones orientadas a romper el círculo vicioso de la discriminación, el clasismo/racismo/sexismo y la violencia obstétrica que se reproducen en la formación y el ejercicio de la medicina y la obstetricia hegemónica en nuestro país. Igualmente implica revertir las campañas de estigmatización contra las parteras, con la participación del Sector Salud, el INPI y organismos de derechos humanos, así como establecer un diálogo de alto nivel con la Secretaría de Salud federal y el programa IMSS-Bienestar, para incidir en la transformación de sus normas, políticas, programas y prestación de servicios, frente a la partería tradicional e indígena.

Es necesario señalar que el sector salud es diverso y hay múltiples visiones sobre quiénes son las parteras y su trabajo. En esa amplia gama de posiciones frente a la partería se



encontraron algunas que van desde la negación, el desconocimiento, la prohibición o el maltrato; pasando por quienes asumen una posición paternalista y de infantilización de las parteras, hasta quienes genuinamente reconocen su trabajo, son aliadas o aliados y apoyan la partería desde una perspectiva de derechos. Entre más cercana es la relación con las parteras, mejor es la opinión que tienen de la partería y mayor el apoyo y colaboración. Entre más distante y lejano es el vínculo con las parteras, la percepción sobre ellas y su trabajo tiende a ser menos positiva.

También hay diferencias sustantivas entre los estados, por ende, hay diversas estrategias, relaciones, acompañamiento, control. Dentro del mismo sector salud, hay posiciones marcadamente diferentes entre las Secretarías de Salud de los estados y el Programa IMSS-Bienestar. En las áreas de acción de esta última institución es donde se reportaron las mayores dificultades para el ejercicio de la partería. Es vital un cambio inmediato en la relación del IMSS-Bienestar con las parteras a fin de garantizar que puedan seguir atendiendo nacimientos y no sean simplemente canalizadoras de mujeres a las unidades médicas.

El contexto actual del sector salud es el escenario en el cual se realizó esta investigación. Se expresa una tendencia generalizada de desfinanciamiento a los programas de salud materna y de partería en los seis estados donde se realizó la investigación, así como una situación de incertidumbre frente a los cambios, ausencia de recursos, insumos, alta rotación de personal y una suerte de crisis del sector, especialmente en estados como Oaxaca. Lo anterior impacta de manera significativa en la atención obstétrica y en el programa de partería que no cuenta con recursos en las entidades para realizar acciones de seguimiento, se redujeron las capacitaciones desde la pandemia y en general se percibe la partería como una línea de acción no prioritaria a nivel de políticas públicas en salud materna. Las prioridades han sido colocadas en otras estrategias e intervenciones.

Las capacitaciones resultan ser la forma privilegiada de vínculo que el personal de salud establece con las parteras, además de ser un mecanismo de registro y un vehículo importante de transmisión de conocimientos, la gran mayoría de carácter biomédico; lo cual, aun si tiende a ser apreciado por la mayoría de las parteras, contribuye a la expansión de la mirada medicalizada alrededor del embarazo, parto y puerperio, a la penetración del enfoque de riesgo y al potencial y progresivo desplazamiento de los saberes propios. Aun si funcionan como espacios para establecer lazos de cooperación y apoyo con y entre ellas para la referencia oportuna de complicaciones, al mismo tiempo, son un mecanismo eficaz para ejercer control sobre el accionar de las parteras por parte del sistema de salud. Los certificados de nacimiento, por otro lado, fueron la problemática más mencionada por parte de las parteras, principalmente en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, antes los cuales su otorgamiento se ha vuelto un obstáculo muy importante que termina violando derechos, desincentivando el uso de la partería entre las mujeres e invisibilizando la productividad real de las parteras.

Si bien los sujetos fundamentales de atención por parte de las parteras son las mujeres y las personas recién nacidas; su labor no se restringe a esta dupla pues tiene un alcance



familiar y social. En momentos de crisis como los experimentados durante la pandemia de COVID-19, el trabajo de las parteras y parteros fue fundamental en la atención obstétrica pero también en el cuidado a diversos integrantes de las familias, incluso en la atención de casos leves y moderados de COVID-19. Durante la pandemia ellas siguieron atendiendo, formaron a otras parteras y conformaron equipos de atención para solventar las demandas de las embarazadas, brindando una atención más allá del proceso reproductivo y permitiendo a las mujeres que así lo deseaban atenderse en un lugar que consideraron seguro.

Ante el colapso de las instituciones de salud en su capacidad de atender la emergencia sanitaria y la atención obstétrica; ante el temor de las mujeres a acudir a una institución de salud por miedo a un posible contagio; la partería emergió como una alternativa de enorme relevancia, particularmente en los contextos rurales estudiados. Durante 2020 y 2021 los nacimientos con parteras se incrementaron en todo el país pasando de 1.3% del total de nacional a 1.9% en 2020 y 1.8% en 2021. A pesar de su importancia y de la ventana de oportunidad que la pandemia significó para observar su rol en la atención obstétrica, la lógica biomédica centrada en la atención hospitalaria en unidades de segundo nivel se vuelve a imponer en 2022 una vez superada la crisis y el parto regresa a los hospitales como único lugar permitido o deseable de atención.

Finalmente, la defensa de la partería indígena involucra sin duda a las propias organizaciones, a las comunidades, autoridades locales, las mujeres gestantes y sus familias. A lo largo de la indagación se pudo observar la importancia de los procesos organizativos desarrollados por las propias parteras, y las alianzas con otras organizaciones sociales; como un elemento de gran importancia para generar condiciones que permitan el libre ejercicio de la partería y su promoción; esto fue particularmente visible en el caso de Chiapas. La investigación documentó además la existencia de espacios colectivos supraestatales en los cuales participan las integrantes de las organizaciones y grupos consultados, entre ellos la Agenda por la Defensa de la Partería, en el cual están vinculadas parteras y también participan integrantes de instituciones académicas y del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).

A partir de los hallazgos obtenidos durante 2021 y 2022 en estos seis estados, mediante las visitas de campo y entrevistas a estas 257 personas; y considerando la diversidad de actores institucionales, comunitarios y organizativos vinculados al tema, hacemos las siguientes:



## Recomendaciones Generales

### Recomendaciones al Legislativo:

Armonizar sin ambigüedades el marco legal y normativo a favor de la partería tradicional e indígena, de acuerdo a la perspectiva de los Derechos Humanos los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres y los Derechos Colectivos de los Pueblos Indígenas, incluyendo el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a ejercer la partería.

### Recomendaciones al sector salud federal y de las entidades federativas:

1. Reconocer de manera clara y contundente, los aportes de las parteras tradicionales e indígenas a la salud de las mujeres gestantes y sus familias. Es especialmente un deber fundamental reconocer el papel que han jugado en el contexto de la pandemia.
2. Implementar sin ambigüedades el marco legal y normativo a favor de la partería tradicional e indígena, de acuerdo a la perspectiva de los Derechos Humanos los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres y los Derechos Colectivos de los Pueblos Indígenas, incluyendo el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a ejercer la partería.
3. Otorgar el acceso a los certificados de nacimiento para las niñas y niños atendidos por parteras, a fin de garantizarles su derecho a la identidad y el de las mujeres a decidir con quién atenderse. Igualmente, asegurarse que en todos los Certificados se identifique que el parto fue atendido por una partera y cumplir cabalmente los lineamientos de la Guía de Implementación del Certificado de Nacimiento (Secretaría de Salud, 2015)."
4. Informar al personal de salud y directivos de la Secretaría de Salud y del Programa IMSS-Bienestar, acerca de los derechos de las parteras tradicionales e indígenas de ejercer la partería de manera libre, con respeto y autonomía, y el derecho de las mujeres gestantes de escoger la atención que ellas prefieren, sin ser discriminadas, maltratadas, señaladas o hasta amenazadas.
5. Promover un diálogo urgente con las autoridades federales del IMSS-Bienestar para revertir la campaña de desprestigio, deslegitimación y prohibición al ejercicio de la partería tradicional e indígena en sus áreas de cobertura en las distintas entidades federativas donde tiene presencia la partería y donde opera el programa.



6. Sensibilizar a directivos y personal hospitalario de las unidades de segundo nivel que reciben referencias de mujeres gestantes con complicaciones, atendidas por parteras tradicionales e indígenas para lograr un trato respetuoso y colaborativo con las parteras.
7. Garantizar en el presupuesto de salud de la Federación una compensación digna para las parteras por su labor.
8. Dotar de manera gratuita, continua y permanente a las parteras, de los insumos necesarios que las parteras requieren para desarrollar su labor.
9. Garantizar el seguimiento institucional condiciones de salud y la atención gratuita, oportuna y de calidad a las parteras, dado que muchas enfrentan padecimientos crónicos y procesos de envejecimiento que debilitan su estado general de salud.
10. Identificar, fortalecer y replicar experiencias locales positivas de articulación, trabajo conjunto o adecuada coordinación entre personal de salud y parteras.
11. Asegurar que las parteras puedan decidir de manera autónoma cuándo una aprendiz está formada para atender a las mujeres.
12. Generar condiciones para que se modifique y flexibilice el sistema de registro de las parteras por parte de las instituciones públicas de salud en las entidades federativas y garantizar que no se condicione el registro para que las parteras puedan atender.
13. Reconocer formal, sustantiva y explícitamente las aportaciones de los saberes de la medicina tradicional y la partería indígena cuando éstos se incorporan a la práctica médica.

### **Recomendaciones al Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) y las Secretarías estatales de los pueblos indígenas y afromexicanos:**

El Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas y Afromexicanos es la instancia responsable de la atención a pueblos indígenas y por tanto tiene un mandato en el sentido de garantizar el ejercicio de sus derechos colectivos incluyendo la salud. No obstante, su accionar institucional en relación a la preservación, defensa y promoción de la medicina tradicional, los sistemas de salud indígena, los saberes indígenas respecto al cuidado de la salud, incluyendo la partería, no ha sido suficientemente activo. Por el contrario, ha permanecido silencioso sobre los asuntos y debates públicos respecto a la legislación de la medicina tradicional y la partería indígena. Las recomendaciones para el INPI incluyen:



1. Establecer un programa de acción y una estrategia institucional clara, con financiamiento suficiente y oportuno, para promover, defender y garantizar el desarrollo de la medicina tradicional y la partería indígena en el país, así como para gestionar y mantener interlocución de alto nivel con el sector salud.
2. Garantizar recursos y un apoyo más decidido al trabajo desarrollado por las parteras indígenas, visibilizando sus aportes cotidianos y en el marco de esta emergencia sanitaria. Esto incluye el fortalecimiento y el financiamiento oportuno y suficiente de las Casas de la Mujer Indígena como espacios que promueven los derechos de las mujeres, la salud materna y la partería.
3. Asegurarse que el derecho al ejercicio de la medicina tradicional esté debidamente protegido y garantizado a nivel legal y sustantivo, sin que los procesos de registro/capacitación/credencialización/certificados de la SSA-IMSS sean una condición para el ejercicio de la misma.
4. Generar acciones para revalorar, reconocer y fortalecer la partería indígena en los pueblos y comunidades así como la sociedad en general, promoviendo procesos locales de revitalización de la misma; incluyendo programas de educación comunitarios diseñados desde las comunidades con la participación de las parteras, encuentros locales/regionales de intercambios de saberes entre parteras, maestras y aprendices, y espacios de intercambio de la medicina tradicional en las comunidades.
5. Promover mecanismos de reconocimiento/legitimación comunitaria de las parteras; que sean las comunidades y concretamente las parteras quienes definen las características que se requieren para ejercer y que no se condicione dicho ejercicio mediante el registro ante los servicios de salud.
6. Garantizar el derecho a las parteras a desarrollar las formas de transmisión que consideren apropiadas según sus necesidades. Para ello, en cumplimiento de la libre determinación el INPI debe proporcionar los medios y recursos que las parteras requieran para dicho fin.
7. Construir alianzas con autoridades comunitarias para fortalecer localmente el trabajo de las organizaciones de parteras y de mujeres indígenas en torno a la salud.
8. Promover los procesos locales comunitarios de documentación audiovisual, oral y escrita en sus lenguas, sobre los saberes de la partería para promover su uso, reconocimiento y revalorización, así como garantizar a las niñas, niños y adolescentes el derecho a la medicina tradicional y el fortalecimiento de su vínculo con sus comunidades.

9. Fortalecer a las comunidades en sus procesos de conservación, procesamiento de sus plantas para la salud de la población y generar mecanismos efectivos para evitar el saqueo por parte de farmacéuticas y otros agentes externos sobre los conocimientos ancestrales de las plantas, sus propiedades, tratamientos y usos.

### Recomendaciones a organizaciones de parteras y organizaciones sociales:

La organización de parteras ha generado redes de apoyo determinantes tanto para las acciones resolutivas que tienen que ver con la atención a las mujeres embarazadas como respecto a los temas internos de reconocimiento, negociación con el Estado y las autoridades locales. Asimismo, ha sido fundamental para la reducción o hasta la eliminación de la violencia, maltrato y discriminación hacia las parteras indígenas. Esto ha traído consigo efectos positivos en la mirada de las parteras sobre sí mismas, pues las ha dotado de reconocimiento mutuo, sobre sus saberes, capacidades y aportes a la salud materna, sexual y reproductiva de sus propias comunidades. Además en varios casos las ha convertido en líderes, traductoras, maestras, y defensoras de sus derechos como parteras indígenas y como mujeres, pues incentiva además el reconocimiento de sus propios derechos y genera actitudes de respuesta ante situaciones de maltrato ya sea por instituciones o por sus propios maridos.

Fortalecer la organización permite generar espacios de mujeres, que históricamente han sido negados, y re-apropiarse de libertades y exigencias que se heredan también como enseñanzas a otras mujeres de su generación y de sus alrededores. Las recomendaciones para las organizaciones son:

1. Continuar su trabajo de promoción, defensa y fortalecimiento de la partería indígena en cada una de sus regiones, incentivando la participación de otras parteras y promoviendo espacios de encuentro entre pares. Las instituciones, organizaciones aliadas y la academia comprometida, deben coadyuvar desde sus propios espacios al fortalecimiento de estos procesos organizativos.
2. Continuar con su trabajo de promoción y coadyuvancia en la búsqueda de acuerdos locales, regionales y/o estatales con las autoridades de salud para el mejor desarrollo y colaboración de las parteras con el sector salud. Esta coadyuvancia necesita incluir el seguimiento de los acuerdos y su renovación en el tiempo.
3. Compartir las experiencias exitosas, buenas prácticas, caminos recorridos, entre las diversas organizaciones de parteras, a fin de fortalecer su propia capacidad de atención a las mujeres gestión, liderazgo y organización. Esto abona al camino de todas.
4. Promover encuentros entre organizaciones a nivel estatal y nacional para articular demandas y voces a favor del reconocimiento de la partería, así como fortalecer procesos de organizaciones nuevas compartiendo sus experiencias de trabajo.

5. Reconocer en vida el trabajo, trayectoria y saberes de las parteras y médicas tradicionales que se encuentran en etapa de envejecimiento.
6. Hacer encuentros especiales de aprendices de partería para que estas intercambien saberes y se reconozcan dentro de los grupos y organizaciones. Promover encuentros locales/regionales de intercambios de saberes entre parteras y parteros maestros y aprendices en sus comunidades.
7. Fortalecer alianzas con las parteras no organizadas y parteras que trabajan sin registro, compartir experiencias y de ser posible sumarlas a la organización.
8. Incluir a las parteras integrantes de la organización que están en etapa de envejecimiento si así lo desean en actividades que las empoderen y que al mismo tiempo estén dentro de sus capacidades físicas y psicológicas procurando el cuidado de su salud.
9. Fortalecer alianzas con autoridades locales para que protejan a la partería como un recurso para la salud de la comunidad.

Consultar la liga <https://pacificosur.ciesas.edu.mx/parircondignidad/> para acceder a los informes generados por el proyecto y a los videos y programas de radio del mismo.



## 8. Bibliografía

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917)*, última reforma publicada DOF 28-05-2021.  
Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_280521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf)

Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. *Informe sobre el 170. Período de sesiones (16 a 27 de abril de 2018)*. Consejo Económico y Social, documentos oficiales. Suplemento núm. 23.  
Disponible en: <https://undocs.org/es/E/2018/43>

Gobierno de la República, *Plan Nacional de desarrollo 2019-2024*.  
Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)

Gobierno de la República. *Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024*.  
Disponible en:  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423227/Programa-Nacional-de-los-Pueblos-Indigenas-2018-2024.pdf>

Gobierno de la República. *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*.  
Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Censo de Población y Vivienda 2020 (2021)*. Aguascalientes: INEGI.  
Disponible la consulta en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

INEGI, *Características de los nacimientos registrados en México durante 2020*. Comunicado de prensa núm. 535/21, 23 de septiembre de 2021. Disponible en:  
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>

Naciones Unidas, *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)*.  
Disponible en: [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf).

Oficina Internacional del Trabajo (OIT), *Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (1989)*.  
Disponible en:  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_345065.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf)

Secretaría de Salud. *Acuerdo por el cual se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar*. Diario Oficial de la Federación, 7 de septiembre de 2022.

Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022)

Secretaría de Salud. *Díptico Marco legal de la medicina y partería tradicional* (s/n fecha). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Disponible en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715897/14\\_Marco\\_Legal\\_de\\_la\\_Parter\\_a\\_Tradicional.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715897/14_Marco_Legal_de_la_Parter_a_Tradicional.pdf)

Secretaría de Salud. *Fortalecimiento de los servicios de salud en la atención de las mujeres indígenas con parteras tradicionales. Consideraciones y lineamientos para su implementación con enfoque intercultural, en el Marco de respeto de los derechos humanos de las mujeres indígenas y la no discriminación* (s/n fecha). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional>

Secretaría de Salud. *Guía de autorización de las parteras tradicionales como personal no profesional sustentado en los Artículos 102 al 114 del Reglamento de Atención Médica* (s/n fecha). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>.

Secretaría de Salud. *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional* (2013). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>

Secretaría de Salud. *Guía de Implantación/implementación. Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud* (s/n fecha). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29327/LineamientosInterculturalesOperacion.pdf>

Secretaría de Salud. *Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro* (s/n fecha). Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>

Secretaría de Salud. *Manual para el Llenado del Certificado de Nacimiento* (2015). Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-del-certificado-de-nacimiento-modelo-2015?state=published>

Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. (2016). Disponible en:

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud (2012)*. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-035-SSA3-2012.pdf>

Secretaría de Salud. *Política Intercultural en Salud Elementos Esenciales. Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano (2020)*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo\\_de\\_Atenci\\_n\\_a\\_la\\_Salud\\_de\\_los\\_Pueblos\\_Ind\\_genas\\_R.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo_de_Atenci_n_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Ind_genas_R.pdf)

Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico de Sexual y Reproductiva (PAE-SMP)2019-24*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2021). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE\\_SSR\\_24\\_5\\_21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf)



