



SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

2021 - 2022

INFORME POR ESTADOS



• CHIAPAS • GUERRERO • OAXACA

• QUINTANA ROO • VERACRUZ • YUCATÁN



COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo

CON LA COLABORACIÓN DE:

Adriana Lozano

Coral Mendoza

Aidé Rodríguez

Edgar Delgado

Nadia Ortega





SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO 2021-2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRONACES-CONACYT 321319)

RESULTADOS ESTATALES

COORDINADORAS:

Dra. Paola Sesia

Dra. Lina Rosa Berrio

CIESAS • Pacífico Sur

Este informe es resultado del Proyecto 321319
"Situación actual de la partería indígena en México-
Segunda etapa", financiado por el PRONAI-PRONACE
Salud del Conacyt.

Primera edición diciembre 2022 • Oaxaca México

Segunda edición revisada y ampliada: noviembre 2023 •
Oaxaca México

Diseño editorial e impresión: Agrafik s de rl





CONTENIDO INTRODUCCIÓN

1. CONTEXTO DE LA PARTERÍA INDIGENA EN MÉXICO	III
2. EL OBJETIVO	IV
3. LA METODOLOGÍA	IV
4. ORGANIZACIÓN DEL INFORME	XII



CONTENIDO CAPÍTULO 1. CHIAPAS

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE CHIAPAS	3
1.1. Población indígena	3
1.2. Datos de parteras y nacimientos	4
1.3. Características generales del sistema de salud	7
2. PERSONAS ENTREVISTADAS	8
2.1. Perfil de parteras entrevistadas	10
2.2. Perfil del personal salud entrevistado	10
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	12
3.1 Hallazgos desde las parteras	13
3.1.1. Transmisión de saberes en las parteras	13
3.1.2 Procesos organizativos	14
3.1.3. Relación con el sector salud	15
3.1.4. Atención durante la pandemia	17
3.1.5. Otras parteras identificadas	18
3.2 Hallazgos desde el personal de salud	19
3.2.1. Caracterización del trabajo de las parteras	19
3.2.2. Contexto COVID, las aportaciones de su oferta de atención y experiencias paralelas del personal de salud	23
3.3 Certificados de nacimiento	24
3.4 Capacitación	26
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	28
4.1 Problemática y demandas de las partera	28
4.2 Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud	30
4.3 Convergencias entre la identificación de problemáticas y demandas entre parteras y personal de salud	33
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
5.1. Buenas prácticas del personal de salud y aprendizajes	33
5.2 Recomendaciones	38



CONTENIDO CAPÍTULO 2. GUERRERO

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO	43
1.1. Población indígena y afroamericana	43
1.2. Datos de parteras y nacimientos	43
1.3. Características generales del Sistema de Salud	47
2. PERSONAS ENTREVISTADAS	49
2.1. Perfil de parteras entrevistadas	50
2.2. Perfil del personal salud entrevistado	50
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	53
3.1. Códigos de interés	53
3.2. Necesidades y demandas de las parteras	54
3.3. Barreras y problemáticas para el relacionamiento entre el sector salud y la partería tradicional	56
3.4. Capacitación y registro de parteras	62
3.5. Certificados de nacimiento	65
4. OTROS HALLAZGOS GENERALES	68
4.1. Actualidad del sector salud	68
4.2. Políticas y programas	69
4.3. Otras parteras	70
5. BUENAS PRÁCTICAS A NIVEL ESTATAL, APRENDIZAJES Y RECOMENDACIONES	71



CONTENIDO CAPÍTULO 3. OAXACA

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE OAXACA	77
1.1 Población indígena y afroamericana	77
1.2 Datos de parteras y nacimientos	77
1.3 Características generales del Sistema de Salud	81
2. PERSONAS ENTREVISTADAS	83
2.1 Perfil de parteras entrevistadas	85
2.2 Perfil de personal de salud entrevistado	86
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	87
3.1 Hallazgos desde las parteras	89
3.1.1 Transmisión de saberes	89
3.1.2 Procesos organizativos	90
3.1.3 Relación con el Sector Salud	92
3.1.4 Atención durante la pandemia	95
3.2 Hallazgos desde el personal de salud	97
3.2.1 Problemáticas del Sector Salud	97
3.2.2 Problemáticas con relación a la partería tradicional	105
3.3 Capacitación	108
3.4 Certificado de nacimiento	110
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	113
4.1 Problemática y demandas de las parteras	113
4.2 Problemática y demandas de acuerdo al personal de salud	115
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes	119
5.2 Recomendaciones	119



CONTENIDO CAPÍTULO 4. QUINTANA ROO

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO	125
1.1 Población indígena	125
1.2. Datos de parteras y nacimientos	125
1.3. Características generales del sistema de salud	128
2. ENTREVISTADOS Y ENTREVISTADAS	129
2.1. Perfiles de parteras entrevistadas	131
2.2 Perfiles del personal salud entrevistado	134
3. PRINCIPALES HALLAZGOS EN EL ESTADO	134
3.1. Hallazgos de las parteras	135
3.1.1. Transmisión de saberes	136
3.1.2. Procesos organizativos	139
3.1.3. Relación con el Sector Salud	141
3.1.4. Atención durante la pandemia	142
3.2. Hallazgos desde el personal de salud	144
3.2.1. Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional	144
3.3. Certificado de nacimiento	146
3.4. Capacitación y credencialización	150
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	155
4.1. Problemática y demandas de las parteras	155
4.2. Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud	157
4.3. Convergencias entre problemáticas y demandas planteadas por las parteras y por el personal salud	159
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	160
5.1. Buenas prácticas estatales y aprendizajes	160
5.2. Recomendaciones	163



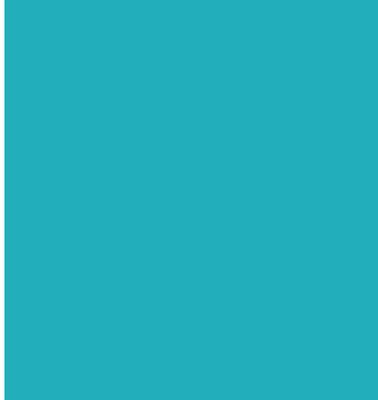
CONTENIDO CAPÍTULO 5. VERACRUZ

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE VERACRUZ	167
2. PERSONAS ENTREVISTADAS	171
2.1. Perfiles de las parteras entrevistadas	172
2.2. Perfiles del personal salud entrevistado	175
2.3 Programas y estrategias estatales	177
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	178
3.1 Desde las parteras	179
3.1.1 Transmisión de saberes	181
3.1.2 Procesos organizativos	182
3.1.3 Atención durante la pandemia	183
3.1.4 La relación con el Sector Salud	185
3.2 Desde el personal de salud	190
3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional	190
3.2.2 Funciones de las parteras y relación que se establece con ellas	193
3.2.3 La certificación de las parteras	196
3.3 Certificados de nacimiento	198
3.4 Capacitación	202
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	208
4.1 Problemática y demandas de las parteras	208
4.2. Problemática y demandas desde el sector salud	211
4.2.1 Problemática identificadas en relación con las parteras	213
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	214
5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes	214
5.2 Recomendaciones	215



CONTENIDO CAPÍTULO 6. YUCATÁN

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE YUCATÁN	219
2. PERSONAS ENTREVISTADAS	223
2.1. Perfiles de las parteras entrevistadas	226
2.2. Perfiles del personal salud entrevistado	227
2.3. Programas y estrategias estatales	228
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	230
3.1. Hallazgos desde las parteras	231
3.1.1 Transmisión de saberes	233
3.1.2 Procesos organizativos	234
3.1.3 Atención durante la pandemia	235
3.1.4 Relación con el sector salud	238
3.2 Hallazgos desde el personal de salud	241
3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional	243
3.2.2 Funciones de las parteras y relación que se establece con ellas	245
3.2.3 La certificación de las parteras	246
3.3 Certificados de nacimiento	248
3.4. Capacitaciones	255
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	256
4.1. Problemática y demandas de las parteras	256
4.2. Problemática de acuerdo al sector salud	258
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	264
5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes	264
5.2 Recomendaciones	267
6. ANEXO 1	269



Introducción



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, dada 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, reconocidos 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 señalan 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”,¹ en la NOM 007 en salud materna² 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 en promedio 29 años de servicio (SSA-CNEGSR, 2020b: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 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.

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

2. 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. Véase: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

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 desempeñan sus servicios.

2. 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 relación a la salud y la medicina tradicional.

3. 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 2021**, con énfasis en 2020-21, 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 formar a otras parteras.
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.

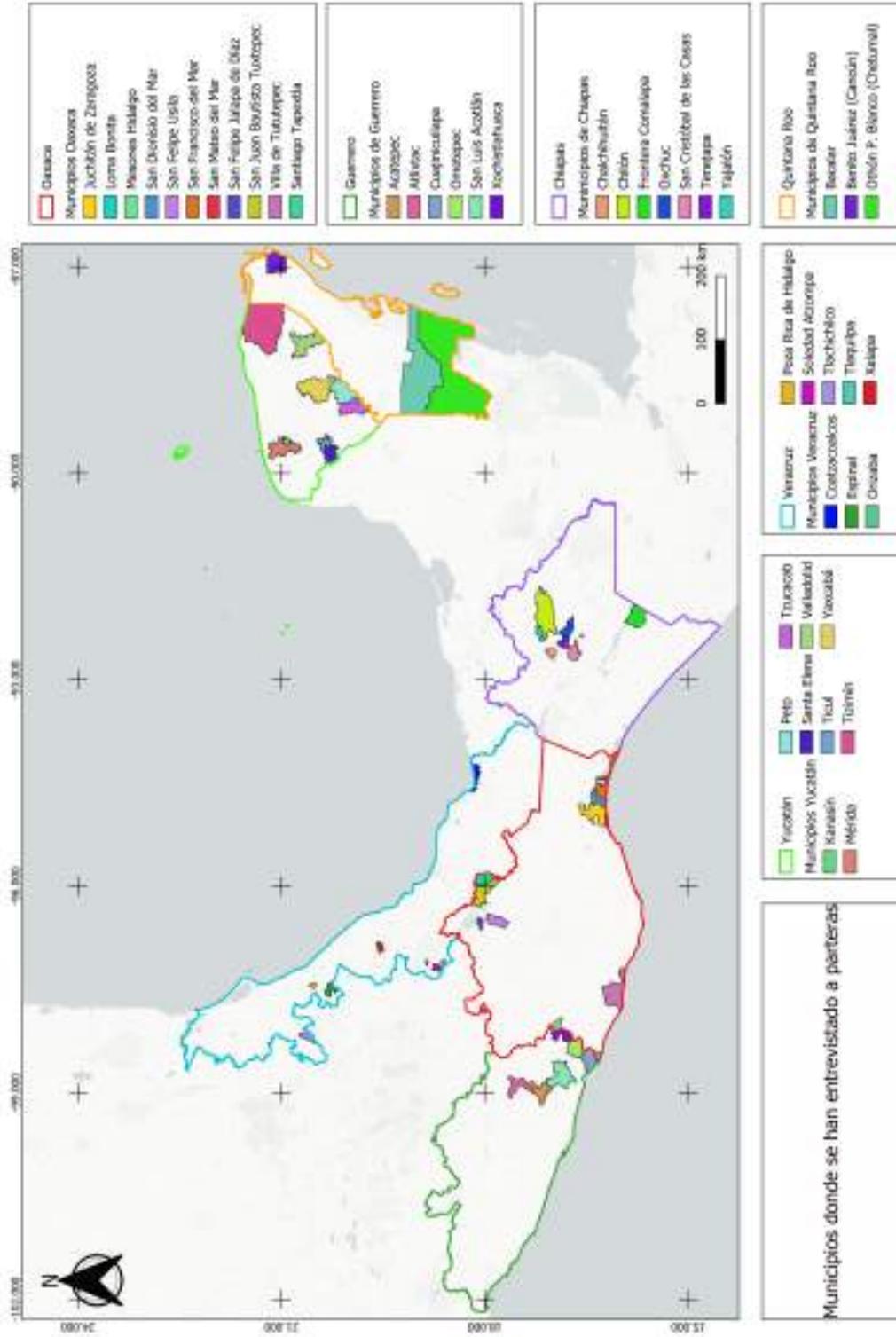
Tabla 1. Entrevistas realizadas a parteras, 2021-22

Entidad federativa	Parteras entrevistadas	Región	Municipios
Chiapas	37	Los Altos	San Cristobal 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, Tututepec y Santiago Tapextla
Quintana Roo	9	Maya	Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos
		Norte	Benito Juárez (Cancún)
Veracruz	95	Las Altas Montaña	Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Nogales y Mariano Escobedo
		Huasteca Baja	Tlachichilco
		Olmeca	Las Choapas
		Totonaca	Filomeno Mata y Papantla
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
Total	257		

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. Entrevistas Parteras.



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto

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 las Secretarías de Salud de los estados (SESA), en los casos de Yucatán y Veracruz. En la selección de dónde realizar trabajo de campo, se privilegiaron regiones indígenas, además de incluir la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca donde reside población afrodescendiente e indígena. El trabajo de campo no fue necesariamente uniforme en extensión y profundidad entre los seis estados, ya que las condiciones reales en campo del equipo de investigación fueron distintas en más de un sentido. Por ejemplo, en el primer año todavía se enfrentaron dificultades en el levantamiento de la información en algunos lugares a causa de la pandemia por Covid-19; en el segundo año, el tiempo dedicado al campo fue mayor en Veracruz y Yucatán, en comparación con Quintana Roo.

En cuarto lugar, **se incluyó en 2022 la perspectiva del sector salud a través de entrevistas con autoridades y prestadores de servicios.** 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, aun si fue un número limitado.

En total se entrevistaron 93 personas que prestaban servicios a nivel estatal, o en una de 19 jurisdicciones sanitarias, o eran médicos y/o enfermeras que trabajan en los Servicios de Salud en cada una de las entidades. La definición respecto a 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. Finalmente, se entrevistó a personal de otras instituciones vinculados al tema de partería (el Instituto Indemaya en Yucatán, responsables de salud de ayuntamientos específicos en Oaxaca y un presidente municipal en Guerrero).

La siguiente tabla (2) resume el total de personas del sector salud entrevistadas en cada estado:

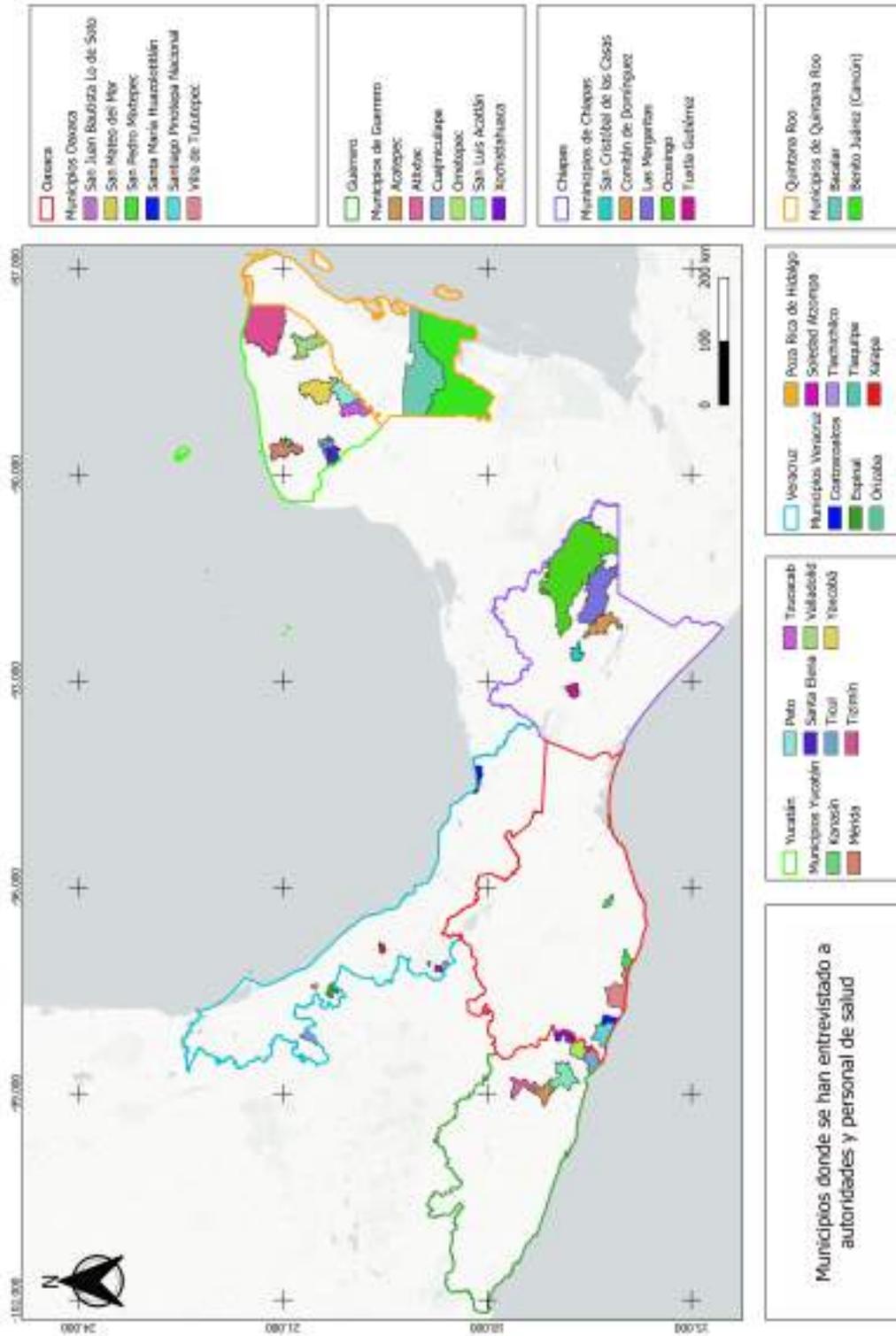
Tabla 2: Entrevistas realizadas a personal de salud, 2022.

Estado	Personal de salud entrevistado	Municipios
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.
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.
Quintana Roo	4	Bacalar y Othón P. Blanco
Veracruz	20	Xalapa, Orizaba, Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Poza Rica, Tlachichilco, Filomeno Mata, Espinal y Coatzacoalcos.
Yucatán	21	Mérida, Kanasin, Ticul, Santa Elena, Valladolid, Tizimin, Yaxcabá y Peto.
Total	93	

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto.

Mapa 2. Entrevistas personal de salud

El siguiente mapa ilustra la ubicación de los municipios en las seis entidades federativas donde se realizaron las entrevistas al personal de salud:



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto

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 desde la perspectiva del personal de salud.
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.

Para estos componentes de trabajo de campo con parteras y personal de salud, se elaboraron guiones de entrevistas, los cuales fueron piloteados y ajustados. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti. La información recogida en el documento, recupera sustancialmente lo recabado en el trabajo de campo con estos sujetos de estudio.

En quinto 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 las tres reuniones participaron entre 30 y 50 parteras de los diferentes estados, además de unas cuantas parteras de otras entidades federativas.

Finalmente, y como un último y sexto componente de la investigación, **se realizaron cinco videos y cuatro 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.

4. LA ORGANIZACIÓN DEL INFORME

En las páginas que siguen, se presentan los resultados encontrados en cada una de las entidades federativas donde se realizó la investigación: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. Cada capítulo refiere a una de las entidades federativas e incluye una breve descripción contextual del estado en cuanto a características sociodemográficas generales, población indígena y, en su caso, afrodescendiente, salud materna, partería y organización del sistema institucional de salud en la entidad, además de los perfiles de las parteras y el personal de salud entrevistados.

Se presentan los hallazgos más importantes desde las perspectivas de las parteras entrevistadas, así como desde el personal de salud, incluyendo problemáticas como la relación entre las parteras y el sistema de salud, la transmisión de saberes, la presencia o ausencia de procesos organizativos propios, los cursos de capacitación y los certificados de nacimientos, entre otros. Se describen y analizan brevemente las problemáticas identificadas tanto por las parteras como por el personal de salud en relación a la partería, así como las demandas que tanto parteras, como personal de salud, expresaron; inclusive, señalando aquellas que ambos grupos compartieron en cuanto al ejercicio de la partería. Finalmente, se identifican algunas buenas prácticas que se encontraron en las entidades federativas, para después concluir con las recomendaciones derivadas de los hallazgos.

Capítulo 1

Chiapas

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2021-2022)

ELABORADO POR:

MTRA. VIAANI CORAL MENDOZA LÓPEZ

INVESTIGADORA ASOCIADA AL PROYECTO



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE CHIAPAS

El estado de Chiapas se localiza al sureste de México; colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. Se conforma por 123 municipios, mismos que se distribuyen en las 15 regiones político-administrativas y sociogeográficas en las que está dividido en estado: Región I. Metropolitana; Región II. Valles Zoque; Región III. Mezcalapa; Región IV. De los Llanos; Región V. Altos Tsotsil-Tzeltal; Región VI. Frailesca; Región VII. De Los Bosques; Región VIII. Norte; Región IX. Istmo-Costa; Región X. Soconusco; Región XI. Sierra Mariscal; Región XII. Selva Lacandona; Región XIII. Maya; Región XIV. Tulijá Tzeltal Chol y Región XV. Meseta Comiteca Tojolabal. Su capital es Tuxtla Gutiérrez y las principales ciudades son San Cristóbal de Las Casas, Tapachula, Palenque, Comitán y Chiapa de Corzo; del total de estos municipios el 51% es población rural situada de manera prevaeciente en tres zonas indígenas.

De acuerdo con el INEGI, la población total en Chiapas es de 5,543,828 habitantes.¹ De ellos, 2,837,881 son mujeres (51.2%) y 2,705,947 son hombres (48.8%).

1.1 Población indígena

Del total de la población que reside en el estado de Chiapas, un poco más de 1 millón 900 mil personas-equivalente al 36.8%-se reconocen como población indígena y 56,532 personas se autoreconocen afromexicanas o afrodescendientes, respectivamente.² De la población indígena, 1,459,648 personas mayores de tres años de edad hablan alguna lengua indígena (HLI), de cada 100 personas que hablan alguna una lengua indígena, 12 no hablan castellano.³ La distribución de los hablantes de lenguas indígenas se puede observar en la Tabla 1:

Tabla 1. Número de personas de 3 años y más, hablantes de lenguas indígenas en Chiapas

Lengua indígena	Número de hablantes 2020
Tzeltal	562,120
Tzotzil	531,552
Ch'ol	210,771
Tojolabal	66,092

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

1 INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, Aguascalientes: INEGI.

2 Idem

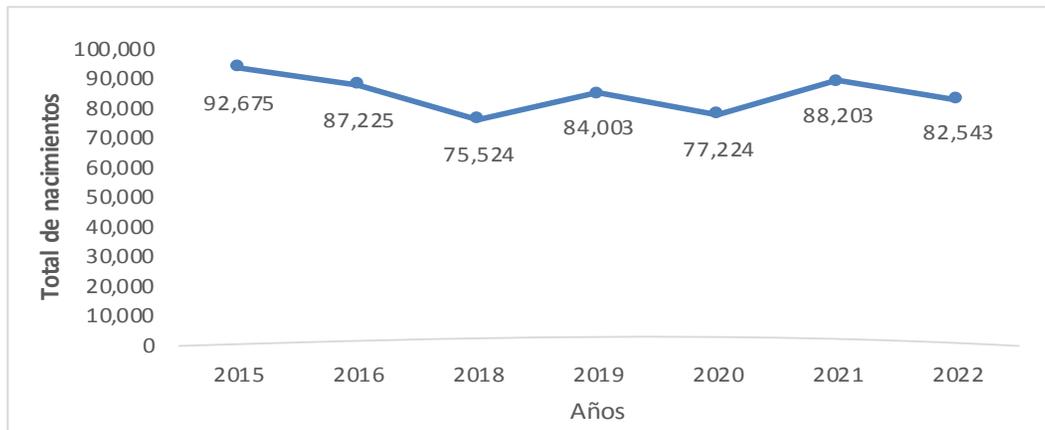
3 Idem



1.2 Datos de parteras y nacimientos

Entre el 2015 y el 2022, el estado de Chiapas tuvo un promedio de 85mil nacimientos al año, con fluctuaciones año tras año, alcanzando un máximo de casi 93mil en 2015 y un mínimo de 75mil en 2018 (véase Gráfica 1).

Gráfica 1. Nacimientos en Chiapas, 2015-22



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022

De acuerdo con los datos del SINAC ⁴ para el año 2021, Chiapas es el estado con mayor número de nacimientos atendidos por parteras, por arriba de Guerrero, Tabasco y Veracruz (véase Gráfica 2).

Gráfica 2. Entidades federativas con mayor porcentaje de nacimientos con parteras respecto al total de nacimientos a nivel estatal, 2021



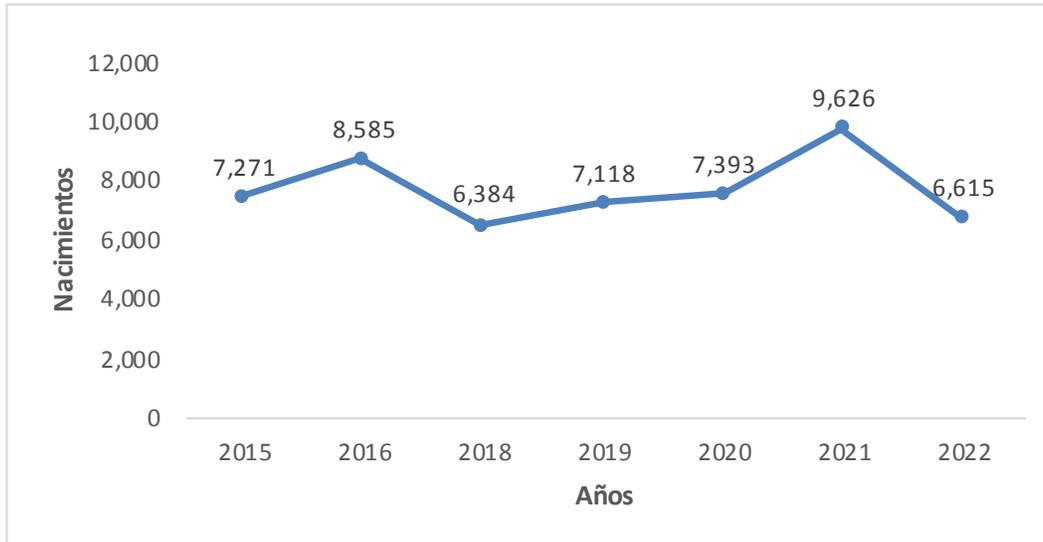
Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2021

4. Subsistema de Información sobre Nacimientos, bases de datos disponibles en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/nacimientos-ocurridos>, revisadas en junio 2023



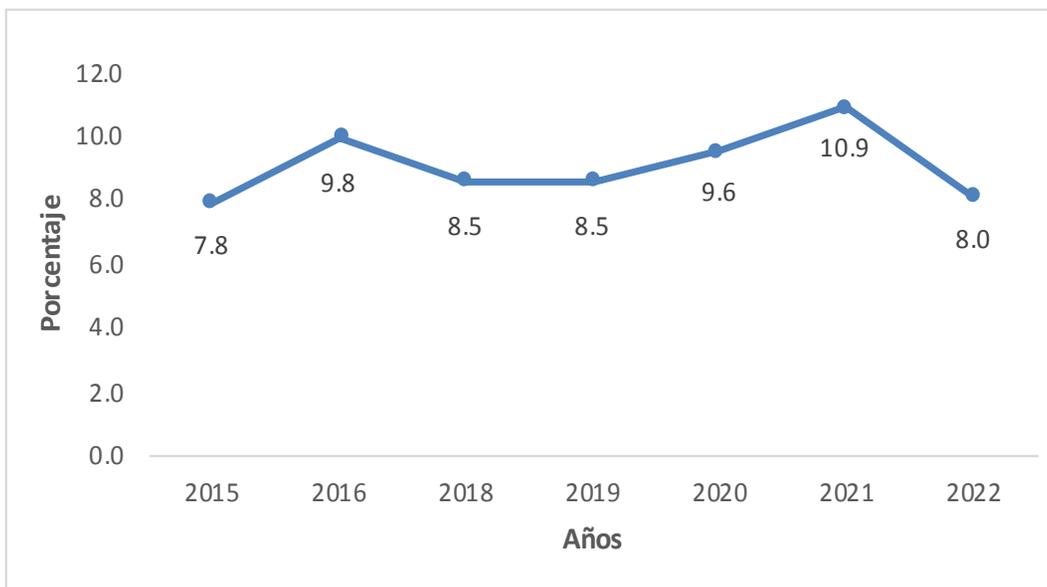
En cuanto al número de los partos atendidos por parteras en esta entidad federativa, se observa un incremento significativo en 2020 y 2021, durante la pandemia; para el 2021 se registraron en la base SINAC más de 9.600 partos atendidos por parteras, con un decremento significativo en 2022 (Véase Gráfica 3). En porcentajes, se alcanzó el máximo de casi 11% de los nacimientos en Chiapas en el año 2021, atendidos por parteras (véase Gráfica 4).

Gráfica 3. Número de nacimientos con parteras en Chiapas, 2015 - 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022

Gráfica 4. Porcentajes de nacimientos con parteras en Chiapas, 2015 - 2022



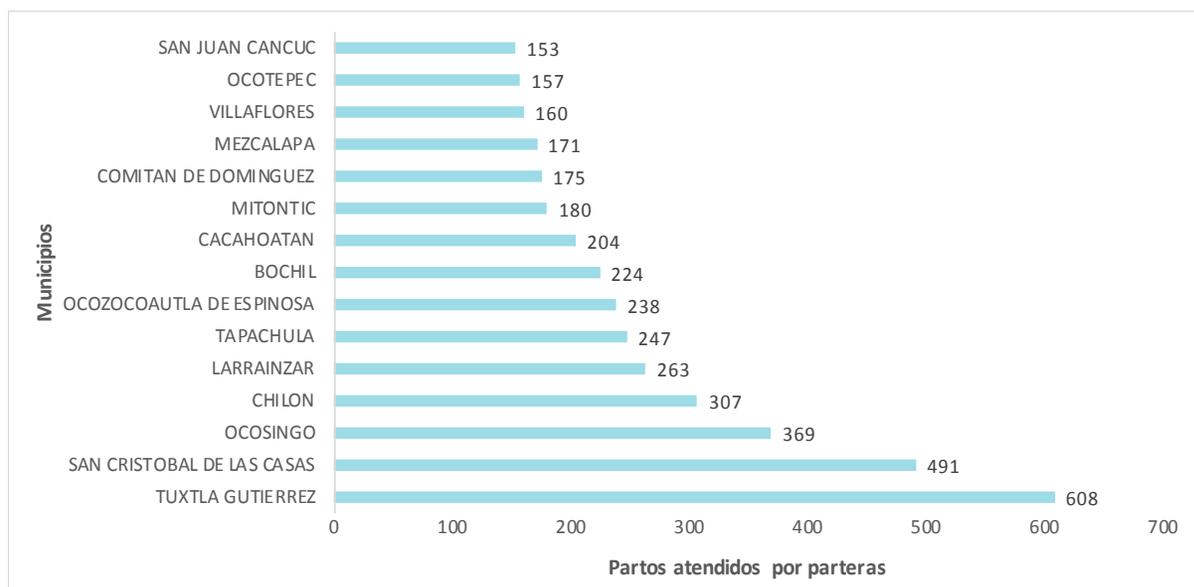
Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022



Sin embargo, los datos del SINAC cuya fuente es la información recabada en los certificados de nacimientos generalmente llenados por el personal de salud, subregistran los nacimientos atendidos por parteras, por las razones que se mencionarán más adelante. El INEGI reporta estadísticas de nacimientos registrados por año, a partir de otra fuente, las actas de nacimiento donde quién atendió el parto es reportado por la madre, el padre u otro familiar cercano del recién nacido. Esta base de datos arrojó que el 47.3% de los nacimientos registrados en Chiapas en 2020 habían sido atendidos por partera, mientras que el 51.6% habían sido atendidos por médicos; en 2021 esos porcentajes fueron, respectivamente, 42.9% y 51.1%.⁵ No obstante las diferencias entre la base SINAC y la base de nacimientos registrados del INEGI que no permiten compararlas en un sentido estricto, es evidente que las discrepancias en los porcentajes son demasiado marcadas, indicando el subregistro de la atención por parteras de la base SINAC.

Se revisó la desagregación por municipio en la base del SINAC y se pudo constatar que en 2020 los municipios que presentaron mayor número de partos atendidos por parteras fueron Tuxtla Gutiérrez, San Cristobal de las Casas, Ocosingo, Tapachula y Comitán, además de varios municipios de los Altos (véase Gráfica 5). Para el 2021, el SINAC reportó un incremento general del número de nacimientos atendidos por parteras con el mayor número en Ocosingo, seguido por San Cristóbal de las Casas y varios municipios de los Altos. Tuxtla Gutiérrez aparece solo en séptimo lugar (véase Gráfica 6).

Gráfica 5. Partos atendidos por parteras por municipio, Chiapas, 2020

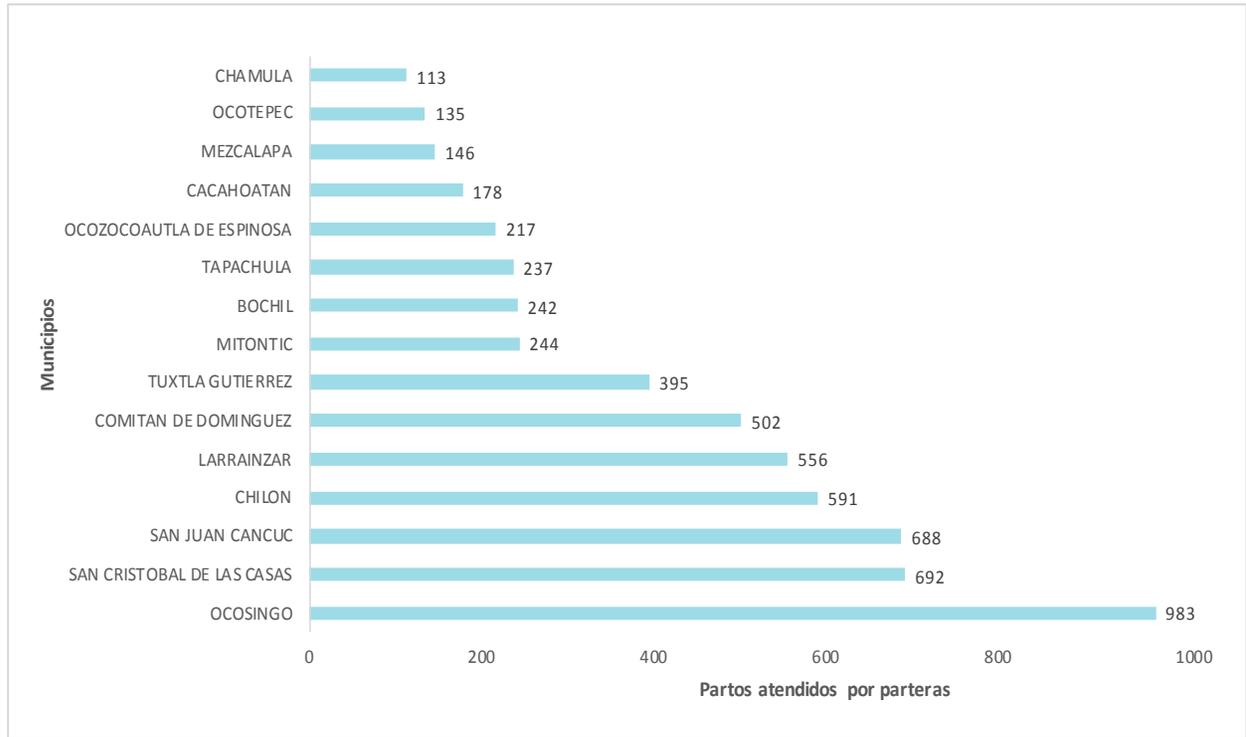


Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2020

5. Es importante aclarar que los nacimientos que se registran, no ocurrieron todos en el año del registro; en particular, para el caso de Chiapas, solo el 62.3% de los nacimientos registrados en 2020 fueron de menores de un año, nacidos en 2020 o en 2019; los restantes nacimientos habían ocurridos en años previos. Para 2021, solo el 52.2% de los nacimientos registrados eran de niños menores de un año y otro 18% de niños de un año de edad; seguramente uno de los efectos de la pandemia fue un aumento del registro tardío de los infantes.



Gráfica 6. Partos atendidos por parteras por municipio, Chiapas, 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2021

Los datos oficiales del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal reportan 4,144 parteras en el Estado, de las cuales se encuentran activas 3,979. El promedio de edad de las parteras en esta zona es de 57 años.

Finalmente, según los datos del Observatorio de Mortalidad Materna en México, para el año 2022 se tuvieron registradas 35 muertes maternas en la entidad, posicionando al estado de Chiapas entre los ocho lugares con mayor incidencia en el país, arriba de Guerrero y Oaxaca, pero por debajo de Puebla y Veracruz.

1.3 Características del sistema de salud

A través de los registros de la Secretaría de Salud de Chiapas, esta entidad federativa está dividida en 10 jurisdicciones sanitarias: No. I, Tuxtla Gutiérrez; No. II, San Cristóbal de Las Casas; No. III, Comitán; No. IV, Villaflores; No. V, Pichucalco; No. VI, Palenque; No. VII, Tapachula; No. VIII, Tonalá; No. IX, Ocosingo; y No. X, Motozintla.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, los servicios públicos de salud para las personas sin derechohabencia en el estado de Chiapas incluyen a 39 hospitales, entre ellos 24 hospitales básicos comunitarios, 10 hospitales generales, dos hospitales de la mujer y un hospital regional. Destacan entre ellos, el Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa



ubicado en Tuxtla Gutiérrez, el Hospital de Las Culturas de San Cristóbal de Las Casas, el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, el Hospital General María Ignacia Gandulfo en Comitán, el Hospital General Tapachula, el Hospital General Yajalón, y los hospitales básicos comunitarios de San Juan Chamula, Larrainzar, Frontera Comalapa, Ocosingo, Chalchihuitán y Berriozábal.

Para el caso de IMSS-Régimen Ordinario se tienen registrados seis hospitales y 30 clínicas, entre las que destacan las unidades médicas familiares de San Cristóbal de las Casas, Tapachula, Palenque, Tuxtla Gutiérrez, Arriaga y Comitán. A su vez, el IMSS-Bienestar tiene 561 unidades médicas rurales de primer nivel y 10 hospitales rurales en Altamirano, Bochil, Mapastepec, Las Margaritas, Motozintla, Ocosingo, Benemérito de las Américas, Ocozacoautla, San Cristóbal de las Casas y Venustiano Carranza.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuenta con dos hospitales generales, uno ubicado en Tapachula y el otro en Tuxtla Gutiérrez, además de tres clínicas hospitales en Comitán de Domínguez, Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas.

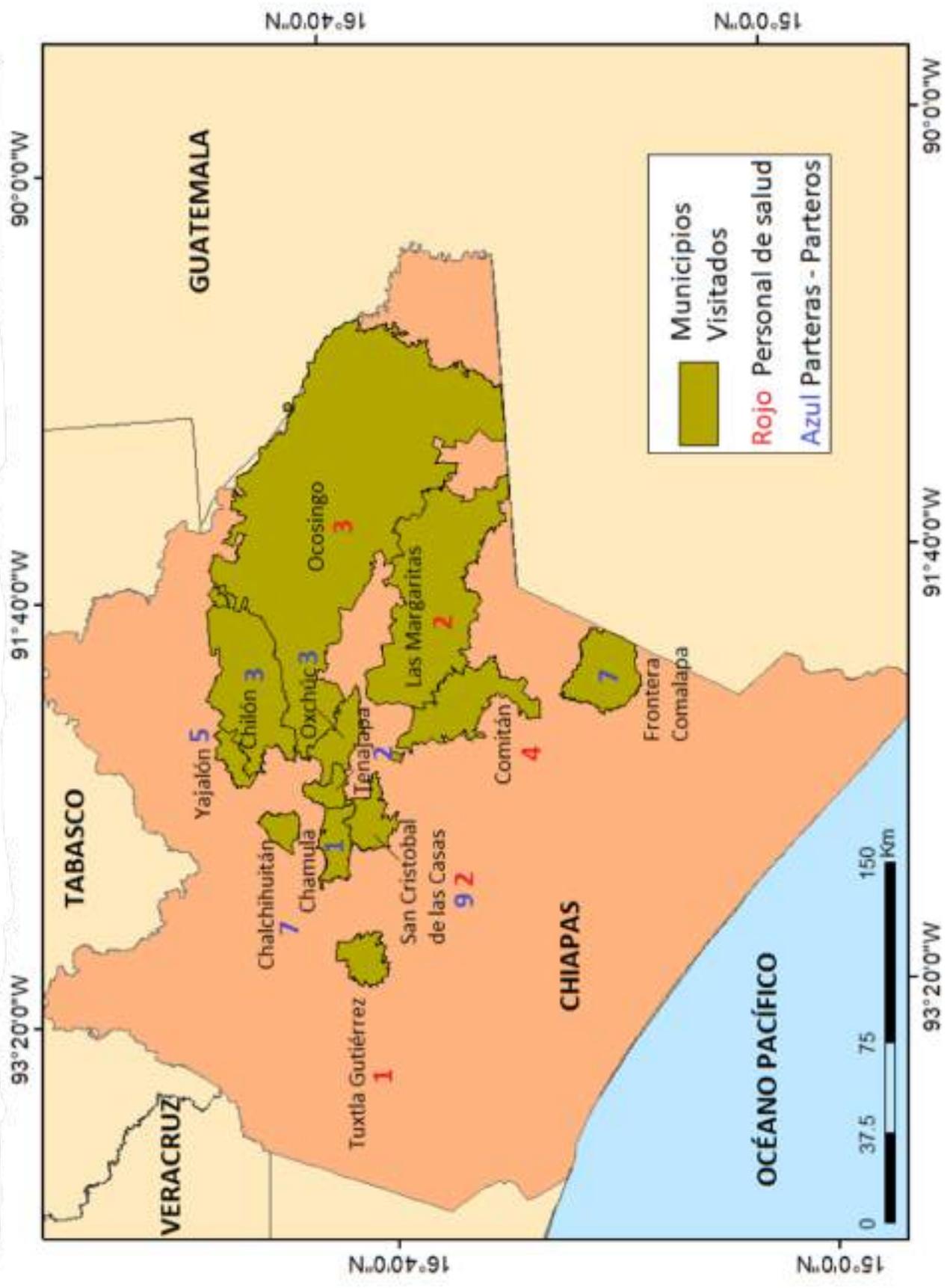
2. PERSONAS ENTREVISTADAS

El trabajo de campo en el estado de Chiapas se realizó en dos etapas. La primera comprende las entrevistas con parteras durante el año 2021, las cuales abarcaron cinco grandes ejes temáticos: a) características de las parteras; b) relación con el sistema de salud; c) transmisión de saberes; d) contexto COVID-19; y e) procesos organizativos; con el objetivo de realizar un diagnóstico colaborativo con parteras organizadas, sobre el estado de la partería indígena, para obtener 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. En 2021, se realizaron 37 entrevistas individuales y colectivas de parteras en Chiapas.

En el 2022, la investigación se centró en realizar entrevistas individuales y colectivas con personal y autoridades de salud acudiendo a oficinas centrales, hospitales generales, casas maternas y hospitales básicos comunitarios para aplicar un guion de entrevista de 65 reactivos abarcando los siguientes tópicos: a) caracterización de autoridades o prestadores de salud; b) caracterización de las parteras y su trabajo desde la perspectiva del personal de salud; c) principales problemas de atención materna enfrentados; d) relación personal de salud y parteras; e) certificado de nacimiento; y f) experiencias y situación del sistema de salud ante y durante la pandemia. En Chiapas se llevaron a cabo 11 entrevistas con autoridades y personal operativo de salud.

El Mapa 1 ilustra los municipios donde se realizó el trabajo de campo con parteras en 2021 y con personal de salud en 2022.

Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Chiapas 2021 - 2022.



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto



2.1 Perfiles de parteras entrevistadas

Las 37 parteras tradicionales de Chiapas entrevistadas en 2021, residían en los municipios de San Cristóbal de las Casas, Chalchihuitán, Oxchúc, Tenejapa, Yajalón, Chilón, Tilá y Frontera Comalapa abarcando las regiones de Los Altos, Selva, y Frontera. Estas entrevistas pudieron ser realizadas gracias al apoyo y red de comunicación del movimiento Nich Íxim y asociaciones civiles como Global Pediatric Alliance (GPA), Formación y Capacitación (FOCA), Centro de Capacitación en Ecología y Salud Para Campesinos y Defensoría del Derecho a La Salud (CCESC-DDS) y el espacio de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) en Chalchihuitán.

Una de las principales características es que el 95% de las entrevistas se realizaron con parteras mujeres, de las cuales el 70% es hablante del Tzotzil y/o el Tzeltal. Además, la gran mayoría se reconocía adherida al movimiento de parteras Nich Íxim fundado en el mismo estado, lo cual no es de sorprenderse ya que en la metodología explícitamente se buscaron parteras organizadas. Otro dato importante es que, si bien existe un gran número de parteras mayores a los 60 años, en el momento de la pandemia se acrecentó el número de aprendices jóvenes, lo cual promovió una mayor diversidad de edades entre las parteras que se encuentran en el Estado. Por otro lado, se encontró en todas la falta de derecho-habiciencia a los servicios de salud, la ausencia de un seguro médico o de un apoyo estatal o federal que las respalde ante algún padecimiento o emergencia. Esta ausencia pudo visibilizarse durante la pandemia, ya que las parteras contagiadas que atendieron durante ese periodo no recibieron atención personalizada, incluso no se tienen registradas sus muertes por Covid-19, a diferencia del personal médico y de enfermería.

Todas las parteras entrevistadas, incluso las que estaban registradas en las casas maternas y en la CAMI Chalchihuitán, atienden partos en sus casas o en el domicilio de la mujer parturienta, a las cuales les cobran precios simbólicos por la labor. Coincide además en cada una de sus historias que la mayoría se ha vuelto partera por momentos de necesidad, y frente a la ausencia de servicios de salud que brinden una atención pronta y oportuna. Su vocación llega como un don u otras veces por afinidad o herencia familiar. Lo anterior, las lleva a posicionarse muchas veces como personas de amplio reconocimiento en sus propias comunidades, lo cual no las exenta de recibir malos tratos y/o discriminaciones que ellas declararon sufrir en muchas ocasiones por mano de personal de salud.

2.2 Perfil del personal de salud entrevistado

Se realizaron entrevistas individuales y colectivas a personal de salud en cuatro jurisdicciones sanitarias y cinco municipios del estado: una entrevista en la Jurisdicción 1 en Tuxtla Gutiérrez; dos en la Jurisdicción 2 de San Cristóbal de las Casas; una colectiva y una individual en Comitán y dos en el municipio de las Margaritas, ambas localidades de la Jurisdicción 3; y en la Jurisdicción 9 de Ocosingo, se realizaron tres entrevistas individuales. Es así como se abarcan nuevamente las zonas de Los Altos, Frontera, y Selva además del centro urbano más importante en el Estado (véase Mapa 1).



El personal y autoridades de salud fueron: un Coordinador Estatal de oficinas internas de salud materna y reproductiva en Tuxtla Gutiérrez; tres directores de casas maternas en los municipios de San Cristóbal de las Casas, Comitán y Ocosingo; una directora de un hospital básico comunitario en el municipio de las Margaritas, región de la Frontera; un responsable de Desarrollo Comunitario y un responsable de Interculturalidad en el municipio de Ocosingo, región de la Selva; el responsable del Componente Comunitario en Comitán; los responsables de Salud Materna y Perinatal de Las Margaritas y Comitán; una enfermera de casa materna en Comitán; una técnica de atención primaria a la salud en Ocosingo; y una auxiliar de enfermería en San Cristóbal de las Casas.

Las entrevistas fueron realizadas a nivel estatal y jurisdiccional tanto a personal de salud directivo como personal operativo médico y de enfermería.

Sobre las trayectorias en los cargos, se observó que los responsables de los programas de partería y salud materna presentan una distinta temporalidad en sus cargos; los más recientes con tres años y los más antiguos con 25 años de trabajo. En relación a la lengua, se encontró que hay personal de salud, en especial personal de enfermería, que es hablante de las lenguas Tzotzil, Tzeltal y Chol. Aunque la autoadscripción indígena es poco mencionada por parte del personal de salud, las redes cercanas o familiares que los conectan con la población indígena y con las parteras resulta interesante:

E: ¿Usted tiene alguna adscripción étnica o alguno de sus familiares?

-Pues por parte de mi papá sí, él es originario de Ocosingo y mi mamá es de San Cristóbal... mi papá habla lo que es el Tzotzil, pero yo no aprendí, pero sí tengo raíces de la zona de la Selva (PS34CHI).

La mayoría del personal de salud que está a cargo de los programas de partería o se encarga del seguimiento a parteras, es personal de enfermería y/o son médicos generales, mientras no encontramos especialistas o ginecólogos en este tipo de cargos o responsabilidades. Además, frente a la exigencia de productividad de otros programas, el personal que tiene estos programas a cargo, se ve rebasado entre las múltiples responsabilidades institucionales que se le asignan.

Se pudo notar además que el personal de salud operativo, pero también directivo, tiene escaso conocimiento o un conocimiento poco actualizado del marco legal y normativo de la partería tradicional, lo cual dificulta establecer puentes de comunicación con las demandas propias de las parteras, el ejercicio cotidiano de éstas en sus zonas de trabajo e incluso las distintas organizaciones y asociaciones civiles que trabajan en torno al tema y que no dejan de tener un importante protagonismo en el Estado, especialmente en la zona de Los Altos.

6. Para mayores detalles, véase el Informe Situación actual de la partería indígena en México. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, resultado del trabajo de campo con parteras realizado en 2021, el cual está disponible en la liga:

<https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/01/Ciesas-Situacion-Actual-informe.pdf>

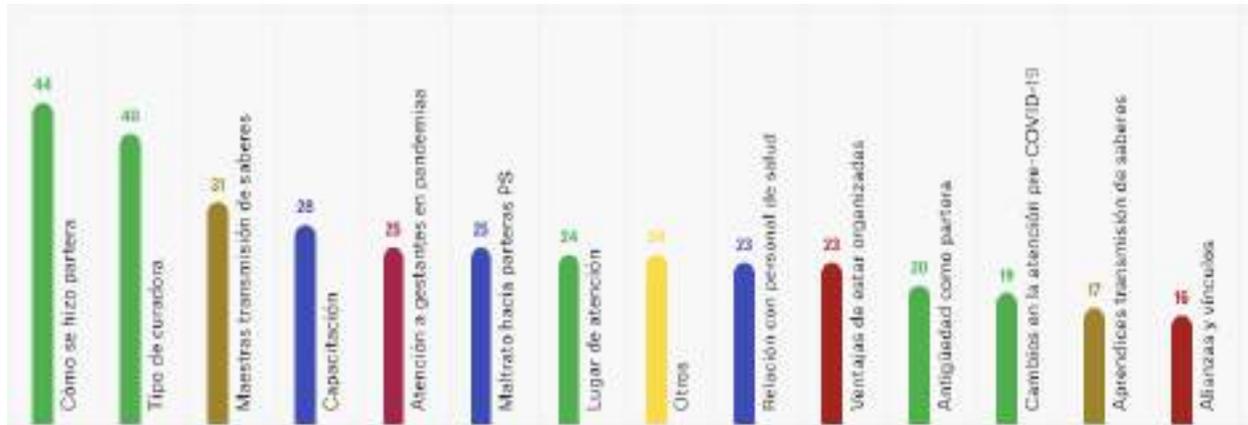


El personal de salud entrevistado implementa a nivel jurisdiccional o local el desarrollo de los subprogramas de partería tradicional y partería profesional. En el programa de partería tradicional y de mano de las comunidades y parteras, se desarrolla el Club de la Embarazada donde se manejan redes sociales en acciones comunitarias enfocadas a la salud materna y perinatal. Se trabaja también con posadas AME (por ejemplo, en Comitán) y con casas maternas con camas para parto humanizado (en Las Margaritas y San Cristóbal de las Casas); además, se realizan capacitaciones a parteras donde se tratan temas relacionados con los datos de alarma en la paciente de control prenatal, embarazo, puerperio, hemorragia obstétrica, cuidados durante el embarazo, lactancia materna, uso de oxitócicos, manejo de atención de parto, parto limpio y comunicación efectiva, entre otros.

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

En el análisis de la información mediante el programa AtlasTi, se identificaron los códigos con mayor concurrencia para las entrevistas con parteras y con personal de salud, cuya distribución puede visualizarse en las siguientes gráficas.

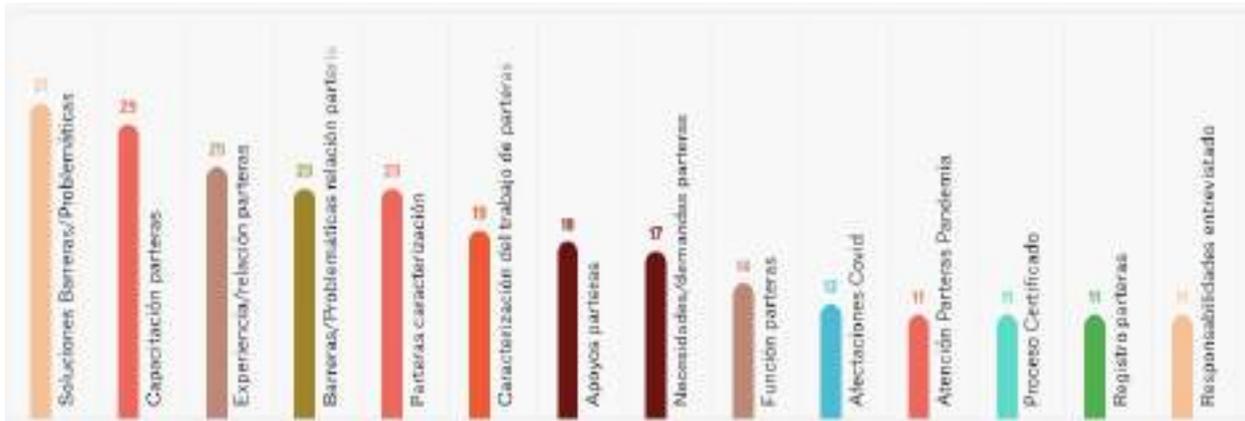
Gráfica 7. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi.
Entrevistas con parteras Chiapas, 2021



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras



Gráfica 8. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi.
Entrevistas con personal de salud, Chiapas, 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti,
Entrevistas con personal de salud.

En lo que sigue, se presentarán primero los hallazgos más relevantes obtenidos a través de las entrevistas con parteras y después, los hallazgos relacionados con el personal de salud, de acuerdo a los distintos temas que se abordaron en la investigación en cada caso.

3.1 Hallazgos desde las Parteras

3.1.1 Transmisión de saberes

En cuanto a la transmisión intergeneracional de saberes entre parteras, se encontró que, en el contexto de pandemia y ante la mayor demanda de atención, en Chiapas aumentó el número de aprendices de partería, muchas de ellas familiares de una partera maestra que vieron la necesidad de contar con apoyo para la atención, así como nos compartió una aprendiz de partería que, al momento de la entrevista en 2021, estaba ejerciendo sus primeras atenciones:

E: ¿Tú: ¿por qué te interesaste por aprender la partería?

-Porque a veces sale mi suegra y vienen bastantes mujeres para que las revisen, pero como no está mi suegra entonces quién haría el trabajo. Entonces, por eso me vi en la necesidad de también querer aprender. Así cuando ella no esté, pueda yo atenderlas. Igual como pasó la vez pasada que se fue a Huitiupán con Don Julio nos quedamos solas como dos o tres días y vinieron mujeres porque ya están acostumbradas a venir acá. Las tuvimos que atender nosotras porque les decimos que no está mi suegra, pero dicen "ustedes, yo creo que ya andan aprendiendo" y entonces pues, las atendemos (030CHI).



Aunque las parteras maestras y sus aprendices reconocen la necesidad de heredar el conocimiento de la partería sobre todo en contextos como los chiapanecos donde la demanda de atención por parteras sigue siendo muy alta, persiste una inseguridad entre las aprendices acerca de si dedicarse o no a la partería, por haber atestiguado los maltratos y la falta de reconocimiento que sus maestras a veces experimentan; lo cual lo ven como una gran desventaja.

3.1.2 Procesos organizativos

Durante 2021, se pudo registrar ampliamente la presencia e importancia de los procesos organizativos de parteras tradicionales en el estado de Chiapas. En particular, se identificó y trabajó en conjunto con las dos redes más importantes a nivel nacional en la defensa de la partería tradicional, ambas con presencia en la región de Los Altos del estado: el Movimiento Nich Ixim y las Casas de la Mujer Indígena (CAMI); en este último caso, la CAMI de Chalchichuitán. El Movimiento Nich Íxim es conformado por más de 600 parteras en su gran mayoría indígenas y rurales, pero también mestizas y urbanas. El contacto previo con el movimiento permitió el acceso a los contactos de las parteras activas para realizar entrevistas con ellas. Una característica hallada durante las entrevistas a las mujeres parteras, es su vinculación y el trabajo conjunto con organizaciones no gubernamentales abocadas a temas de salud materna, sexual y reproductiva; entre ellas: Formación y Capacitación, Asociación Civil (FOCA A.C.), Global Pediatric Alliance (GPA México), y la asociación civil CCEC-DDS Chiapas, involucradas con el trabajo de las parteras y las demandas del movimiento. Las ventajas de esta vinculación son numerosas, incluyendo la vinculación y el apoyo recíproco entre parteras, una mayor consciencia colectiva de los derechos a ejercer la partería, una mayor capacidad de negociación con el Sector Salud y la posibilidad de acceder a recursos económicos para actividades colectivas. Estas ventajas tienden a fortalecer y enriquecer los procesos organizativos. Uno de los tantos resultados es que actualmente se cuenta con una agenda de partería tradicional desde donde pueden reconocerse las demandas incluidas en la Tabla 2.

Tabla 2. Demandas del Movimiento Nich Íxim

	Demandas
1.	Reconocimiento y dignificación de la partería tradicional. El aporte de la partería en Chiapas es indiscutible. Sin embargo, hacemos nuestro trabajo sin reconocimiento social, económico y político. Luchamos por la dignificación de la partería la cual es un bien y un derecho cultural, es parte de la identidad de nuestros pueblos y debe ser considerada patrimonio inmaterial del país.
2.	Libre ejercicio de la partería. Decimos alto a la criminalización y persecución a la que son sometidas las parteras por cuidar los embarazos y parto en sus comunidades y barrios. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el marco legal nacional en materia de salud y de derechos de los pueblos originarios protegen su ejercicio.



	Demandas
3.	Reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir dónde y con quién quieren parir. Las mujeres en el estado son sometidas a presiones por parte del personal de salud para que se atiendan en hospitales. Infundirles miedo y condicionarles los programas sociales son las estrategias más comunes que se han utilizado. Reivindicamos el derecho de todas las mujeres a decidir y a que todas sus opciones de atención sean dignas y seguras.
4.	Servicios de salud accesibles, de calidad y respetuosos en nuestras comunidades. La deficiencia de los servicios de salud en el estado y una atención institucional caracterizada por la discriminación y el maltrato hacia las mujeres, así como a las poblaciones campesinas e indígenas, nos obliga a demandar servicios y atención de calidad, adecuada culturalmente, en nuestras lenguas y basada en el respeto y dignidad de las personas.
5.	Derecho a la protección, conservación y transmisión de los conocimientos ancestrales. La partería tradicional es un conjunto de saberes y prácticas vivas, pero en la actualidad se desarrolla en un contexto de amenazas sociales, culturales y económicas que obstaculizan su transmisión a las nuevas generaciones y que amenazan su supervivencia.

Fuente: Recuperado de Nich Ixim-Movimiento de Parteras de Chiapas, 2021, en <https://www.nichixim.org.mx/>

De acuerdo con los datos proporcionados por el Movimiento, el principal objetivo es lograr un impacto social y político a nivel local, estatal y nacional, mostrando la importancia de la partería tradicional en Chiapas. El movimiento Nich Íxim tiene la intención de posicionar a la partería como un trabajo vigente y activo, de uso constante y cotidiano de las comunidades indígenas, mestizas, urbanas y rurales en el Estado, haciendo legítima su demanda al derecho de las mujeres al libre ejercicio y uso de la partería, como patrimonio inmaterial de la humanidad y de los pueblos originarios.

Estos procesos organizativos favorecen de igual forma la transmisión de conocimientos y el intercambio de saberes de partería dentro, e incluso fuera del mismo grupo, ya que sus actividades también ayudan a trabajar tensiones y necesidades internas, donde la lucha por mantener vivos los conocimientos de la partería tradicional ocupa un lugar muy importante.

3.1.3 Relación con el Sector Salud

En el trabajo de campo en 2021, las parteras expresaron que quieren ser tomadas en cuenta por el personal y las autoridades de salud, en su papel de parteras, no de acompañantes, ni como enfermeras. Hay un claro anhelo de poder alcanzar una relación de respeto y no discriminación hacia sus conocimientos y su capacidad para atender un parto, pues registramos prácticas sistemáticas de maltrato, humillación, discriminación, y hostigamiento por parte del personal y las instituciones de salud con las parteras y con las mujeres que deciden atenderse con ellas.

Más de una cita expresan este fenómeno:



E: *¿Alguna vez tuviste una experiencia de maltrato con el personal de salud por ser partera?*

-Sí, en varias ocasiones... Lo que decían los doctores... a veces cómo ya te conocen y saben que no te quedas callada, ya solamente regañan a la mujer "¿ya ves?, para qué te vas con partera, ya vez como te traje"... Y en varias ocasiones, sí me ha tocado, así como que, a ver: "si quieren decirme algo, díganmelo a mí, si ella quiso ir con partera es porque nos tiene confianza" Y es porque aquí las tratan mal (029CHI).

Le dije [al doctor]: "Por favor". Entonces me dicen que me salga y que no sabían por qué me habían dejado entrar. Y que me sacan. De que hay maltrato, humillación por parte de los médicos, hay mucho (026CHI).

A mí la compañera enfermera hasta me hizo a un lado de mi paciente, me dice "¡sáquese!" (028CHI).

No obstante el maltrato, para las parteras la relación con los prestadores de salud es una necesidad indispensable para mejorar la atención que se les brinda a las mujeres, sobre todo en situaciones de complicaciones. Muchas de las parteras comparten este interés, como ilustra la siguiente cita:

(...) es un poco difícil trabajar en conjunto con ellos [personal de salud] porque ellos 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 como estamos ahorita, pero tener una mejor vinculación con ellos por las mujeres, para su atención (024CHI).

Para las parteras, el reconocimiento de su trabajo por parte del sector salud es indispensable. Varias de las entrevistadas nos hablaron de la necesidad de un reconocimiento o recompensa económica y el acceso a un seguro médico que las guarde en vejez. Una partera del municipio de las Rosas de la zona de Los Altos, ejemplifica la necesidad de poder contar con una compensación económica digna en su trabajo, como una cuestión de supervivencia; una necesidad que el personal de salud no siempre entiende:

Abrieron una casa materna allá... Entonces, el director del hospital quería que a fuerza las parteras fueran a atender allá, pero desafortunadamente si las compañeras iban a atender allá es porque les iban a dar algo, porque las mujeres piensan que, porque es la casa materna y está detrás del hospital, ya el hospital les paga [a las parteras], y no es cierto. Y es como le dije al director del hospital "no doctor, si hubiera una concientización de nuestras embarazadas de que las compañeras no están ganando nada por parte del hospital, con todo gusto, pero ya ahorita que se abrió la casa materna, que dicen las mujeres – ahí en casa materna va a ser todo gratis, no vamos a pagar nada y cuando no es así, pues". Y en ese momento me contesta el doctor "No que las parteras se catalogan y se reconocen por ser altruistas?" y yo le dije "mire, doctor, de altruismo no se come y las compañeras es a veces su única fuente de ingresos y tú hablas porque



tienes segura tu quincena pero ellas no, ellas tiene que ir al día "...entonces. ¿Quién come de altruismo?" (O22CHI).

3.1.4 Atención durante la pandemia

Con respecto a la atención obstétrica de las parteras en contexto de la pandemia por COVID-19, los hallazgos describen cómo la resolución del parto por parteras, tanto en la ciudad pero mayormente en las comunidades rurales, fue un recurso invaluable para evitar la muerte materna y neonatal, ante la saturación de pacientes COVID en los hospitales generales y en los básicos comunitarios, el miedo al contagio en los hospitales y la necesidad de las mujeres de atenderse con parteras en sus casas y comunidades para evitar enfermarse. En este contexto, la demanda por la atención con parteras aumentó considerablemente en Chiapas. Los siguientes testimonios son ilustrativos al respecto:

E: ¿Cómo ha sido la situación de la pandemia con ustedes? Dices que han vivido en carne propia lo que ha pasado.

-Mjm [afirmación]. Pues como parteras aumentó más el trabajo por miedo a ir al hospital. Dicen que si vas al hospital te matan ahí a uno de los dos, o a la mujer o al bebé. Por eso no querían ir y aumentó más el trabajo el año pasado. También aumentó el riesgo para nosotras de contagiarnos porque no sabemos si una mujer está o no contagiada. Nos debíamos de proteger más (O30CHI).

E: ¿consideras que en este periodo de pandemia aumentó el número de partos con partera?

-Sí, aumentó bastante porque desde que cerraron el hospital en las Rosas [por cuestiones políticas], la gente nos empezó a buscar más a las parteras, incluso con otras atenciones no solo con partos. Yo en mi caso atendí personas con COVID porque también los doctores particulares cerraron, y no había quién atendiera a las personas, y ya me empezaron a llamar y me dijeron si les podía yo hacer favor (O29CHI).

El aumento de la demanda de atención por parteras fue un hallazgo importante, al igual que lo que implicó para las parteras el seguir atendiendo: mientras los hospitales comunitarios cerraron por miedo al contagio de su personal, las parteras siguieron atendiendo y, ante la necesidad de las mujeres, no se negaron a brindar la atención.

Este fenómeno incentivó a que las parteras formaran en sus propias familias con sus hijas, nueras y hasta sus esposos, equipos de atención, y se enfrentaran además con la necesidad de aprender sobre otras afecciones ya que en su comunidad, ante la ausencia de personal médico o el miedo a acudir a algún centro de salud, fueron un referente terapéutico crucial para tratar todo tipo de enfermedades, incluyendo las respiratorias (asociadas o no a la COVID), las estomacales y otras.

La pandemia reveló la marcada ausencia de apoyo del sector salud a las parteras. Ellas, por ejemplo, costearon su material de atención y protección contra la COVID-19, así como que



tuvieron que pagar por sus estudios y tratamiento en los casos registrados de contagio. En estos casos, la falta de acceso a servicios de salud oportunos, de calidad y gratuitos para quienes estuvieron arriesgando sus propias vidas, mostró el abandono en el que la gran mayoría de las parteras se encuentra, en situaciones de mayor vulnerabilidad y necesidad. Desgraciadamente durante esta etapa también se registraron muertes de parteras por contagio y falta de atención por COVID-19, lo que revela aún más el abandono del cuidado de la salud de las parteras tradicionales por parte del sistema institucional de salud, además de que a las parteras no se les proveió de equipo o materiales para la atención de las mujeres embarazadas durante este periodo.

Por último, es importante mencionar el miedo al contagio y la falta de solvencia económica entre muchísimas mujeres durante la pandemia, lo cual promovió, por ejemplo, que mujeres no indígenas buscaran y demandaran la atención del parto por parteras, ya que acudir con ellas aseguraba un pago menor al parto hospitalario en la medicina privada. Además, conllevó un menor riesgo de contagio en comparación con la atención obstétrica hospitalaria, con lo cual se mostró a las mujeres que hay otras formas de parir, y que tomar esa decisión es un legítimo derecho. La resolución que dieron las parteras a la atención del parto durante el contexto de COVID-19 no hubiera sido posible sin el nivel de organización y la amplia red de parteras que se acompañan en el movimiento.

3.1.5 Otras parteras identificadas

En 2022 se identificaron tres grupos más de parteras tradicionales en Chiapas. Aunque no se logró profundizar sobre ellas, se describen a continuación sus características principales.

El primer grupo corresponde a parteras desligadas tanto de las relaciones con el sector salud como con organizaciones civiles. Estas parteras son identificadas por personal de salud durante el proceso de atención de una mujer embarazada, cuando ellas han sido acompañantes de la familia al momento del parto hospitalario, u otras veces como so-badoras durante el embarazo y el puerperio.

El otro grupo es el de parteras afiliadas al Programa del IMSS-Bienestar que, de acuerdo con entrevistas realizadas en 2021 o 2022, son el contacto de referencia, captando a mujeres embarazadas a las unidades medicas rurales del IMSS-Bienestar. Aunque ellas tienen la indicación de no atender partos, muchas de ellas trabajan a escondidas respondiendo a las demandas de atención de sus pacientes.

El último y tercer grupo, es el de las parteras y parteros indígenas de la zona zapatista, al que, de acuerdo con el personal de salud de la zona Selva, es aún más complicado acceder:

(...) Hay parteras que no quieren, no se han querido capacitar (...) y el problema de eso es que nosotros no hemos podido entrar a esa población; a esa comunidad que puede ser organizaciones zapatistas y hay que tener mucho cuidado con eso porque no podemos exigirles; así es su manera de vivir (PSO3CHI).



3.2 Hallazgos desde el Personal de Salud

3.2.1 Caracterización del trabajo de las parteras

Durante la investigación nos dimos cuenta que mucha de la buena o mala relación que el personal de salud puede establecer con las parteras tradicionales, parte de la manera en la que ellas son vistas y caracterizadas. Es importante mencionar que las trayectorias familiares y escolares, las experiencias comunitarias, los procesos de formación durante la carrera, el servicio social y, en su caso la especialidad, y las afinidades y experiencias de vida personales, son algunas de las vivencias que dan forma a estas caracterizaciones, las cuales toman sentido frente al encuentro (que varias veces es más bien un desencuentro) que el personal o las autoridades de salud tienen con las parteras. Lo anterior conlleva, por ejemplo, que el desarrollar sustantivamente el programa de partería o el no hacerlo, se vuelve más bien una elección por parte de la persona a la que se le asigna este cargo.

Para el caso de Chiapas encontramos un interesante mosaico de representaciones con respecto a las parteras, iniciando con la caracterización de la mujer que acompaña y ayuda y que además es indígena, tal como lo narran los siguientes testimonios:

Pues la partera es una persona que ayuda, cuida y vigila a la mujer embarazada y en este caso, la atención del mismo, eso es para mí una partera, es una persona que está acompañando a la mujer embarazada durante todo el proceso de su embarazo, e incluso del alumbramiento (...) La mayor parte habla una lengua ... otro tipo de lengua por así decirlo, por lo regular hablan Tzotzil la mayor parte de las parteras (PS26CHI).

La mayoría de ellas son de lengua Tzeltal, casi todas hablan, una que otra no, la mayoría son de comunidades. Una que otra es de cabecera y hablan o se visten con el traje regional (PS27CHI).

Otra representación común es la de la partera como líder en su comunidad, una persona que aporta una red de apoyo a la mujer embarazada y la familia, con un fuerte arraigo, vocación y humanidad, y que muchas veces no recibe recompensa económica:

Para mí, una partera es una persona muy humanitaria ... en mi experiencia son mujeres, en la mayoría, aunque también hay varones, que se dedican al cuidado de otras mujeres y la población... Pues la mayoría de ellas son líderes, como consejeras, o sea si la partera les dice algo a la población, a la familia, a la pareja... son escuchadas, pero también la partera, aparte de toda esa labor que hace, apoyan a la familia, incluso lavarle la ropa a la parturienta o darle de comer al resto de la familia, y otra cosa que también hace una partera es el acompañamiento hacia las mujeres cuando tiene que ser referida o trasladada por complicaciones. Para mí es una líder en la comunidad, lo que a mí me enseña son mujeres que dan, y que a veces tienen que trasladarse de un lugar a otro y que a veces no reciben una recompensa económica (PS01CHI).



No obstante, cuando se analizan las respuestas sobre la caracterización del trabajo de la partera, esta imagen romantizada, uniforme y estática de la partera (que además difiere de uno de los hallazgos de la primera etapa: la amplia diversidad de parteras tradicionales encontradas en las regiones del estado de Chiapas) comienza a contrastar, ya que aparece la imagen de ellas como “mujeres renuentes”, para quienes la atención total de una mujer embarazada sin la vigilancia del personal de salud es algo riesgoso, pues se manejan argumentos sobre una higiene y una asepsia limitadas, la falta del material adecuado o conocimientos insuficientes ante una emergencia, además del uso de prácticas manuales nocivas.

En general, se puede identificar que existe una marcada diferencia entre las visiones del personal administrativo y directivo, a las visiones del personal operativo, esto en cuanto a la perspectiva que se tiene sobre el trabajo de las parteras y las percepciones acerca de las parteras mismas, ya que existe un mayor acercamiento y trayectorias de relación, así como experiencias de ayuda mutua con el personal operativo.

Aunque hay visiones diversas y se encontraron posiciones contrastantes con respecto a los límites del ejercicio de la partería, prácticamente todo el personal operativo situado en zonas indígenas considera la labor de la partera como un trabajo valioso y de gran importancia para las comunidades a donde pertenecen, destacando el protagonismo y la preferencia de la mujer embarazada a atenderse con parteras por el nivel de confianza y apego durante el embarazo, parto y puerperio. Esta visión contrasta con las representaciones del personal hospitalario, que es con el que se registra el mayor número de señalamientos por discriminación y maltratos a parteras. Se reconoce incluso por el mismo personal de las jurisdicciones y del primer nivel la resistencia del personal de los hospitales a implementar programas de parto humanizado, realizar talleres de sensibilización intercultural, informarse sobre el ejercicio de la partería, establecer una buena relación y mejorar la comunicación en cuanto a referencias y situaciones de emergencias obstétricas.

Al mismo tiempo y más a nivel comunitario pero a veces también en las jurisdicciones, se pudo encontrar a personal de salud que ha logrado establecer un trabajo muy estrecho con parteras tradicionales, donde la gestión de recursos, el cuidado de la salud de las parteras, el intercambio de saberes, la comunicación y la referencia son piezas fundamentales de este trabajo conjunto; el cual se demuestra que ha brindado buenos resultados en el cuidado de la salud materna y reproductiva de las mujeres indígenas y mestizas en las diferentes zonas.

En cuanto a la higiene, hubo personal operativo de salud que nos expuso:

Las dificultades que presentan es el lugar donde atienden a las usuarias, porque ellas nos cuentan que las atienden en una silla, incluso a veces en una colchoneta, esa sería una de ellas... no hay lugar adecuado para atención en parto, no sería el lugar adecuado, y la higiene adecuada (PS26CHI).



Lo anterior revela que la percepción sobre el “lugar adecuado” para atender un parto está mediada por la idea, hegemónica entre el personal de salud, de un parto hospitalario, apegado a los lineamientos de la biomedicina que rechaza cualquier tipo de procedimiento fuera de la sala de expulsión de un hospital, con el argumento de la sepsis.

También encontramos que, si bien existe una idea positiva sobre el papel moral de la partera en la comunidad, es persistente la desconfianza sobre la atención que puedan brindar a la embarazada en el parto. Esta desconfianza se da sobre todo entre personal que labora en los ámbitos hospitalarios. Logramos registrar en una casa materna del estado, que, aunque las parteras tradicionales (adsritas a la institución) lleven a cabo todos los cuidados prenatales y de trabajo de parto de la embarazada dentro de la casa materna, el personal médico no permite que atiendan partos (a no ser que se trate de una emergencia). Este hallazgo contradice la idea del “lugar adecuado” y la sepsis obligada, incluso el de la formación necesaria de las parteras para atender, ya que ellas, al estar inscritas a la casa materna reciben todas las capacitaciones, y se encuentran incluso absorbidas por el sistema institucional biomédico; sin embargo y aun así, se les sigue negando el derecho a atender:

E: ¿En alguna de las casas maternas de aquí se atienden partos?

-En ninguna.

E: ¿Y por qué razón no atienden en las casas maternas?

-Me imagino que (...) la confianza del médico hacia la partera de que la partera atienda el parto... No es un médico, pues, y no hay el recurso humano como para decir que haya un médico a la par (vigilando) a la partera (PSO3CHI).

Es recurrente encontrar en las narraciones la idea de la “manipulación empírica” para referirse a la atención que brinda una partera, minimizando así el valor de su práctica y despojándola del reconocimiento de su experiencia y habilidades:

Hasta el momento hemos trabajado bien, nos falta trabajar con el reto de las parteras, pero considero que es un gran reto (...) lo regular los traslados más urgentes son aquí, aparecen con manipulación de empírica, porque las hacen pujar desde mucho antes y no están familiarizadas con el trato, entonces yo consideraría que hace falta un poquito más de capacitación en esta cuestión (PS25CHI).

Estos ejemplos nos ayudan a dar cuenta de una mirada hegemónica pero no necesariamente generalizada entre el personal de salud sobre las parteras y su práctica, ya que existen esfuerzos del propio personal por mirar y asumir de forma distinta el trabajo de las parteras tradicionales. Una médica en la zona de la Frontera expresa sensibilidad y aprecio hacia el trabajo de las parteras, al mismo tiempo que critica el trato, las visiones y los discursos de otros colegas médicos con respecto a las parteras:

E: Pensado un poco en otros hospitales, donde también hay parteras alrededor ¿qué recomendaría usted para este personal de salud? desde su experiencia.



-Sobre todo platicar con ellas, nos lo pinta como la mala del cuento, con médicos siempre les he dicho eso "dice manipulado por empírica, a qué le llamas manipulación por empírica ¿le movió el bebé qué hizo? para que tú digas que fue manipulada por empírica, o a veces simplemente acudió con la señora y ya, no hacen más preguntas, ahí es donde empezamos a tener las barreras. Yo consideraría hablar con ellas, acercarme y trabajar en equipo, porque de eso se trata ... entonces pues, pues le digo que está regañando a la paciente que a ella le constó siete meses traerla y por fin dijo sí, y llega y la regaña delante de la señora, ahí le hubiera dicho "muchas gracias por fin ya vino a revisarse" y qué encontramos, tal vez todo bien, no que al contrario que la regañe. "Y por eso que lo vea su problema el médico", pero no es el problema de todos, por ejemplo, si se muere la mamá es el centro de toda una familia, entonces considero que nos hace falta más tacto como médicos, saber o ahondar un poquito más ¿qué es lo que está haciendo la partera por la usuaria que la llega a ver? Porque no entienden a veces aquí (PS27CHI).

Hay personal de salud, tanto operativo como administrativo, que desconoce los derechos de la partera a atender y maneja información poco actualizada de los temas y estrategias en salud materna, como por ejemplo el derecho de la partera a la atención de partos de bajo riesgo o normales, como lo establece la Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional y como se enuncia en el artículo 103 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Este caso de desconocimiento y restricción del derecho se da en la casa materna que se describe bajo la siguiente narrativa:

(...) se han presentado casos de hemorragia, desprendimiento de placenta, aunque sea normal, o la placenta queda adentro, eso es lo que me imagino que los médicos quieren evitar y por eso no se atiende ahí [en las Casas maternas]. Otra es que hay un manual que ya está muy viejito, estaba yo empezando a leer, llegué a una parte donde dice que no se deben de atender partos en las casas maternas, y no sé si hay un manual nuevo, porque ya estuve preguntando también a nivel estatal, pero no.

E: ¿cómo se llama ese manual?

-De casa materna ...mil, la verdad no me acuerdo de qué año es, pero ya es muy viejito (PS03CHI).

En trabajo de campo encontramos que si bien existen buenas intenciones por llevar a cabo los programas de partería, es común que el personal encargado llegue al puesto con desconocimiento sobre la materia, y se va formando poco a poco al asumir el cargo del programa, haciendo uso de sus propios medios, sin contar con las herramientas necesarias, como manuales o guías actualizadas, o hasta una capacitación que amplíen su conocimiento o le proporcione estrategias claras para desarrollar su labor.



3.2.2 Contexto COVID, las aportaciones de su oferta de atención y experiencias paralelas del personal de salud

Con respecto a la pandemia por COVID-19, se encontró que la atención que brindaron las parteras tradicionales fue un recurso invaluable para evitar la muerte materna y neonatal, además de que los hospitales de segundo nivel y los hospitales básicos comunitarios que atendieron pacientes COVID se sobresaturaron y se perdió personal de salud por alguna comorbilidad o por ser personal mayor de 60 años. Este periodo de pandemia reveló la ausencia de apoyo del sector salud a las parteras, el abandono ante muertes y contagios, además de la falta de apoyo material para la atención y prevención.

En la zona de la Frontera, una partera compartió en 2021:

E: ¿usted ha tenido COVID?

-Ya, las compañeras nos hemos reunido y nos hemos aconsejado para curarnos con purros tecitos caseros, y tomar la pastilla del paracetamol para la fiebre pero lo hemos pasado así, y el cuidado de no estar saliendo al sol, la alimentación y así la vamos pasando. Yo no tengo seguro médico, en donde yo vivo sí ha habido más contagiados de COVID, la verdad sí se han muerto muchos también y la situación en la Frontera es que ha habido muchos infectados, Está muy fuerte, yo ni siquiera me hice estudios sólo fueron los síntomas... No he atendido a ninguna mujer embarazada con esa enfermedad (O35CHI).

Para el personal de salud, durante la pandemia el vínculo o trabajo realizado en años anteriores con las parteras se fracturó y la recuperación después del 2020-2021 ha sido lenta:

Es un poco complicado porque anteriormente hacíamos capacitaciones a 30 o 50 parteras, y esa parte quiera o no les quedaba. Pero ahorita con la estrategia que estaban implementando que el personal es quien capacite, se pide que todavía se hagan las capacitaciones masivas, pero algunos definitivamente no quieren por el miedo a la pandemia. Entonces, sí se nos complica un poquito el retorno hacia esa actividad que hacíamos. Por ejemplo, a las casas maternas sí se nos complica un poquito comenzar a llegar. Ya teníamos hasta un rol de actividades, lo que ellas hacían, pero ya ahorita se dejó de hacer eso. Entonces, estamos empezando poco a poco para volver a llegar a eso, a que acudan (PS31CHI).

Durante el pico de la pandemia muchas unidades de salud estuvieron cerradas, y el personal reconoce que fueron las parteras quienes atendieron a las mujeres embarazadas:

Pero sí un análisis del 2020 o 2021 que se registraron las parteras, de un 80% de las actividades de atención de parto la realizaron las parteras, nos aumentaron por la pandemia, y sí estuvieron muy activas (PS31CHI).



El personal de salud que laboró durante los picos de la pandemia comparte experiencias de condiciones difíciles, por ejemplo, la llegada tardía de la vacuna, además de dificultad en la reorganización de los servicios:

E: En qué momento le llega al personal la vacunación y ¿usted estuvo infectada del virus?

-No, todo el tiempo que estuvimos apoyando allá, no nos vacunaron porque no llegó la vacuna. La vacuna llegó después de nosotros haber salido del apoyo del hospital básico (PS29CHI).

3.3 Certificados de nacimiento

En 2021 el certificado apareció como la gran problemática de las parteras en cuanto a la relación con el sector salud ya que a varias de ellas se les negaba (y suponemos, se les sigue negando en la actualidad) el derecho a otorgarlo y a firmarlo, violentando por una parte los derechos de la mujer embarazada a decidir con quién atenderse y, por la otra, el derecho a las parteras a ejercer su trabajo.

Desde el Movimiento de parteras Nich Íxim se expone la problemática:

El hecho ahorita, el detalle que hemos tenido como organización ha sido en la Frontera porque como es el paso migratorio, no les quieren dar sus certificados. O cualquier cosa que pase, dicen "es que tiene culpa la partera" y nosotros hemos tratado como voceras de ir y enfrentar esta situación con las autoridades tanto municipales como de salud para resolver estos conflictos que son un mal entendido (O22CHI).

Durante 2022 intentamos indagar la problemática del certificado desde la voz del personal de salud y encontramos que el nivel estatal describe que para obtener el certificado de nacimiento la partera debe entregar una hoja de alumbramiento la cual es brindada por el mismo centro de salud donde ella está registrada. Por esta razón la vía o requisito indispensable es el registro de la partera, lo cual en la experiencia del 2021 aparece como un proceso no siempre lineal y que además en muchos casos, termina por operar como un dispositivo de control del trabajo de la partera.

Frente a la pregunta: ¿Qué pasaría si una partera que no tiene relación con la Secretaría de Salud, solicitara con ustedes un certificado de nacimiento? El nivel estatal respondió de forma ambigua, y dando una solución que en ninguna de las entrevistas realizadas con parteras en 2021 pudimos detectar como operante:

E: ¿Qué pasaría si una partera que no tiene relación con la Secretaría de Salud extendiera un certificado de nacimiento?

-Al final de cuentas se identifica en el Registro Civil, ellos piden cuenta si la partera está certificada o datos de ella, básicamente.



E: Cuando se extiende este certificado de nacimiento, ¿quién es el que firma sobre la atención de parto?

-Hay mucho vínculo con el Registro Civil, en algunos hospitales tenemos el Registro Civil, entonces se hace ese vínculo con ellos y en algún momento dado, con el respaldo del agente municipal para que puedan firmar (PS32CHI).

Una médica encargada de una unidad de salud en la zona de la Frontera explica:

El certificado de nacimiento no se les niega, siempre y cuando vengan con ayuda de alguien porque son analfabetas algunas, vienen en nombre de la usuaria, a qué hora nació el niño y todo y el sello del agente solicitando el certificado, en este caso no tengo ningún problema, se lo entrego a la partera (PS27CHI).

En la misma zona de la Frontera se indaga y un personal de salud responde frente a la pregunta ¿qué pasaría si una partera no registrada solicita el certificado de nacimiento?

E: (...) Y en este caso este certificado, ¿quién lo tiene que firmar?

-En este caso el médico adscrito, aunque lo haya atendido la partera.

E: ¿Ese es como un protocolo que tienen en el centro de salud o las unidades de salud?

-Sí, tenemos que averiguar... como usted dice que viene solicitando un certificado, pero nosotros necesitamos averiguar si nació en la fecha correcta y todo lo que extiende el certificado de nacimiento... nosotros tenemos que checar, y él que lo realiza es el médico, o hasta los de enfermería, pero como le digo tiene que ser un personal adscrito a la unidad para extender ese certificado. Como le digo, tenemos que averiguar como tal si realmente fue en la fecha (PS28CHI).

En la zona de Los Altos el personal de salud expone procedimientos similares para expedir el certificado, donde la partera solo manda a la mujer y al recién nacido a la unidad:

E: En la pandemia, ¿qué pasaba con el certificado de nacimiento de las parteras que atendían?

-El certificado de nacimiento se hacía en Bachajón, la partera sólo extendía una constancia de alumbramiento, que firma[ba] el agente y ya con eso el Registro Civil elabor[ara] el certificado de nacimiento. O en otras ocasiones, también la partera llegaba a la casa de salud, ya sólo llegaba la paciente a pedir el certificado de nacimiento, el documento, y nosotros enterados de quién fue la partera que la atendió, porque no reporta[n] luego. Hay una partera que nos marca por teléfono si estamos de fin de semana y nos dice "sabes que voy a tener una mujer", y nos dice cuando ya nació y que van a llegar a pedir certificado de nacimiento, y ella dice "yo lo atendí". Nada más manda su documentación y ya la partera fue la que atendió y la doctora es la que ayuda a llenar y ya es la que entrega el certificado (PS30CHI).

En la zona de la Selva encontramos descrito procesos similares:



E: En cuanto al certificado de nacimiento ¿Cómo sería el tema del certificado de nacimiento, cómo es el proceso?

-Para otorgar un certificado de nacimiento, sabemos que el personal es quien firma al final el certificado de nacimiento... qué es lo que se hace con las parteras, tenemos una constancia de alumbramiento, que es donde dice que ellas atendieron ese parto, que lleva prácticamente los datos básicos del papá, la mamá y el apellido del niño, y la firma de la partera, para que a papá o mamá se les pueda extender el certificado de nacimiento (PS31CHI).

3.4 Capacitación

Entre los programas, subprogramas y estrategias que el personal de salud trabaja, se incluyen partería tradicional, partería profesional, club de embarazadas, salud materna y perinatal, redes sociales en acciones comunitarias, talleres de consejería y planificación familiar, cuidados del recién nacido, signos de alarma, prevención del embarazo adolescente, e interculturalidad en salud, entre otros.

En su totalidad los y las entrevistadas mencionaron haber establecido mediante los componentes de estos programas una relación con parteras tradicionales a través de la capacitación, lo cual hace de este ejercicio el mayor referente de contacto, seguimiento e intercambio o a veces, desencuentro, tanto del personal de salud como de las parteras tradicionales:

Si bien, existen distintos temas que se trabajan en las capacitaciones hacia parteras, se priorizan los que tienen que ver con "síntomas de alarma, la atención de parto, parto limpio y seguro, la atención a recién nacido, reanimación neonatal" (PS32CHI).

Para el personal de salud brindar capacitación a las parteras es una tarea necesaria, ya que, de acuerdo a su perspectiva, una partera no capacitada puede ser responsable del surgir de distintos problemas en la atención de la salud de mujer embarazada. Este es un discurso que atraviesa la mirada que el personal de salud tiene hacia el trabajo de las parteras.

De acuerdo con una médica de la zona de Los Altos:

Las parteras no capacitadas contribuyen a agravar el problema de muerte materna, en otro año cuando yo fui supervisora habíamos tenido problemas de que no permitían que tuviera problemas desde su domicilio, no permitían que la paciente saliera de su domicilio para llevarla a atender porque la partera no quería. Es una falta de capacitación ¿no? No darse cuenta que la paciente estaba mal... Agravan el problema (PS32CHI).

Como pudimos constatar en el trabajo de campo en 2021, esta mirada media la forma en la que se brindan las capacitaciones a las parteras; ya que éstas generalmente se realizan de una manera vertical, apostando poco al intercambio de conocimientos. Por otra parte, las



entrevistas con el personal de salud dan cuenta de que cada zona de trabajo tiene sus propios objetivos sobre las capacitaciones, en las cuales, se puede o no considerar como permitida la atención del parto por parteras tradicionales.

En la zona de Los Altos, en la casa materna se considera que las capacitaciones que se brindan a las parteras las habilitan para atender partos a domicilio o en la misma institución:

Las parteras que tenemos aquí en Casa Materna, son parteras empíricas, ellas son parteras que aprenden de sus antepasados, ellas traen una herencia de aprendizaje, desde sus abuelos, bisabuelos y van aprendiendo, y van desarrollándose como parteras que atienden partos a domicilio, con sus usos y costumbres, eso es lo que hace una partera. Las que nosotros tenemos aquí, nada más que esas parteras ya son parteras capacitadas, ya les hemos dado muchas capacitaciones, entonces ellas atienden partos en domicilio respetando usos y costumbres de cada paciente (PS32CHI).

Mientras que en la zona de la Frontera se considera que las parteras, aunque estén capacitadas no deben atender partos, más bien deberían de utilizar esos conocimientos para cuando hay un parto fortuito en casa que no pueden referenciar. Es por esto que las capacitaciones en esta zona están encaminadas a otro tipo de temas:

E: ¿En alguna de las casas maternas de aquí se atienden partos?

-En ninguna, solamente que hayan llegado en expulsivo, y se llama rápido al médico. En las Margaritas pasó un caso así, rápido se quedó la partera con la paciente porque había llegado la mujer en periodo expulsivo, ya de ahí la trasladan con el vigilante a un cuarto más limpio y más estéril.

E: ¿Y por qué razón no atienden [las parteras] en las casas maternas?

-Me imagino porque la verdad no hay el material cómo para decir que se va a atender el parto ahí, o la confianza del médico hacia la partera de que la partera atienda el parto, no es un médico pues. No hay el recurso humano como para decir que haya un médico a la par (vigilando) a la partera (PSO3CHI).

Aun con estas distintas visiones, en ambos casos las capacitaciones no dejan de ser utilizadas como mecanismo de control hacia el trabajo de la partera:

A nosotros para que sean parte en esa vinculación con las unidades de salud, es que sea reconocida por la comunidad, y que la partera tenga ese acercamiento y la unidad de salud, viceversa. En cuanto a lo que sería capacitación, se le puede otorgar una credencial que diga "partera capacitada" y la partera tener esa información constante de manera mensual hacia la unidad de salud, para registrar a las embarazadas que está atendiendo, los partos, etc. (PSO1CHI).

En el caso de la Selva, se han implementado diversas capacitaciones con perspectiva de intercambio de saberes, y aunque la relación se mantiene como vertical, la capaci-



tación es apropiada por las parteras como un espacio de vínculo donde además, se escuchan sus demandas:

E: ¿Qué otras inquietudes tienen las parteras, [que] pudieron ustedes recuperar en esta actividad?

-Uno de los puntos que voy a tratar en la junta profesional es que algunas se quejaron de los médicos o enfermeras a cargo que a veces los regañan porque llevan a la paciente muy tarde, y hay algunas que las llevan ya de siete meses. Pero dicen "me costó llevarla como para que me regañen, me costó llevarla pero la llevé porque hasta ese momento quiso llegar". Nosotros no podemos obligar, pero yo le notifiqué al médico o al enfermero antes, entonces son uno de los puntos que le dieron a ellas de vista, de que por favor platiquen con los compañeros. De esto se trataba la capacitación, de que no somos enemigos, lo tradicional con los médicos no estamos peleados, precisamente para que no haya muertes maternas... Esa es una de ellas y que les hacen falta algunos materiales (PS27CHI).

El personal de salud que comparte área geográfica con las parteras tradicionales entrevistadas, ve la necesidad el contar con recursos materiales y financieros por parte del Sector Salud; esto como herramienta de vinculación con las parteras tradicionales y para llevar a cabo programas de salud materna y partería.

Sobre las capacitaciones a las parteras, el personal de salud considera como indispensable ciertos temas que los ayudan a prevenir casos complicados. Por ejemplo, en la zona de los Altos una enfermera comparte lo que ella considera prioritarios:

Signos de alarma durante el embarazo y durante el parto y puerperio, son temas de prioridad para poder prevenir la muerte materna (PS33CHI).

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

Durante el trabajo de campo con parteras tradicionales se identificaron múltiples necesidades y demandas.

Todas las parteras tradicionales entrevistadas declararon como un problema la ausencia de apoyos económicos y recursos materiales para ejercer su labor por parte del sector salud o autoridad de su localidad o municipio. Aunque algunas recordaron haber recibido en algún momento un kit/maletín por parte de la Secretaría de Salud, este les resulta insuficiente para la demanda de atención. Aunque la falta de apoyo no es un fenómeno reciente, se agravó durante la pandemia, pues en todos los casos encontramos a parteras tradicionales comprando su propio material de atención en especial gasas, alcohol, guantes, cubrebocas, cordón umbilical y pinzas.



Frente a esta situación las parteras demandan el reconocimiento de su trabajo por autoridades federales y estatales, sobre todo de la Secretaría de Salud, solicitando equipo e insumo para la atención, además de pedir un apoyo económico, o una beca para seguir ejerciendo su trabajo.

Otra problemática muy mencionada es la falta de acceso a servicios de salud oportunos, gratuitos y de calidad en sus propias comunidades o regiones, lo cual tiene repercusiones en la salud de la mujer embarazada pero también en la misma salud de las parteras, ya que ninguna de las entrevistadas cuenta con un seguro médico o derecho-habienencia que le asegure la atención a sus enfermedades o el acceso a medicamentos. Es importante mencionar que existen parteras mayores de edad que de acuerdo con el estudio realizado, sufren enfermedades como diabetes e hipertensión, entre otras.

En la relación que establecen las parteras tradicionales con personal de salud se identificaron cuatro problemáticas importantes directamente articuladas con el ejercicio de su trabajo. La primera tiene que ver con las dificultades en generar y/o mantener una relación cordial, constante y estable con el personal de salud de primer y segundo nivel con quienes las parteras necesitan vincularse. En segundo lugar y vinculado con la anterior, la gran mayoría de las parteras entrevistadas declararon haber tenido una o varias malas experiencias, en la relación con personal de salud, en especial con personal hospitalario donde se refieren a las pacientes en caso de alguna emergencia. Las experiencias incluyen haber recibido tratos pocos respetuosos, haber sido discriminadas, el haber sufrido hostigamiento y hasta amenazas en el ejercicio de su labor.

Las parteras reportaron también la problemática del hostigamiento y los regañones que muchas mujeres embarazadas o parturientas que acuden con ellas, reciben por parte del personal de salud. En este último caso, se está negando el derecho de la mujer a decidir dónde y con quién atenderse durante la gestación y el parto. Finalmente, se mencionó como una cuarta problemática muy importante, la negación y falta de claridad sobre el proceso de obtención de los certificados de nacimiento de los partos que ellas atienden.

Frente a estos problemas, las parteras tradicionales demandan: el libre ejercicio de la partería; el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir dónde y con quién quieren parir; un trato respetuoso, cálido y horizontal por parte del personal de salud a quienes acuden para hacer la referencia o en el acompañamiento a la mujer embarazada; y, por supuesto, la claridad del proceso de los certificados de nacimiento, la eliminación de todos los obstáculos para obtenerlos, y el reconocimiento de del protagonismo de las parteras en el registro de la atención del parto.

El trabajo de campo ha evidenciado que, si bien existen unas cuantas parteras que no establecen relación con la Secretaría de Salud, hay muchas más que reconocen la necesidad de establecer un vínculo, ya que en el ejercicio de su labor comprenden los límites de su atención y de sus conocimientos ante emergencias obstétricas. En cuanto a las capacitaciones, encontramos experiencias que las parteras han reportado como poco favorables, ya



que han experimentado tratos inadecuados y poco respetuosos a sus formas de atención y poco reconocimiento de sus saberes. No obstante, existen, aunque en menor medida, otras experiencias de buen trato y una relación solidaria y constructiva con el personal de salud, lo cual demuestra que este intercambio de conocimientos es posible e incluso necesario; tanto para las parteras como para el personal de salud:

(...) ahí fue mi primera experiencia qué tuve con esa señora...Pues ya de ahí, como supieron [la gente de su comunidad] que yo, qué, quién te atendió no que fulana, no pues que empezó ahí llegar mi gente y hasta la fecha me he convertido en partera. Pero yo no me quedé ahí nomás, porque pensé una complicación de parto ¿qué puedo hacer? Entonces tengo que acudir con un médico (...) pero yo fui con el director para ver qué consejos me va a dar o qué palabras me va a recibir porque yo no sé. Entonces, yo acudí con el médico y ya cuando [él] me dijo "no, qué bueno, que estás haciendo eso" (32CHI).

En general, las parteras demandan entonces respeto a sus formas ancestrales de atención, a su cultura y a sus tradiciones, en cualquier tipo de taller o capacitación por parte de la Secretaría de Salud.

En las entrevistas realizadas se registraron testimonios de parteras que dejaron de utilizar ciertas plantas medicinales frente a su extinción y ante la ocupación de espacios para ellas sagrados por la construcción de inmuebles. Estas situaciones generan en ellas la visión de que sus herramientas de trabajo están desapareciendo, y con ello sus conocimientos; además de las dificultades crecientes de seguir atendiendo, como lo hacían antes. La problemática visible es la ausencia de una instancia que las ayude a proteger, y conservar sus espacios sagrados, así como la transmisión de sus saberes.

En este último caso, su demanda es que se protejan, conserven y transmitan los conocimientos ancestrales de las poblaciones indígenas en el campo de la partería y la medicina tradicional.

4.2 Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud

El personal de salud a nivel local y estatal no se sienten capacitado para trabajar al cien por ciento con las parteras; sobre todo, considerando las carencias de recursos materiales, incentivos económicos, e incluso material para capacitaciones que el sector salud está enfrentando en la actualidad.

A nivel estatal un médico comparte:

E: Para usted ¿cuáles son razones de rechazo de ellas –parteras- para trabajar con el sector salud?

-Sí, más que nada porque perciben o manifiestan que no hay una remuneración económica o un incentivo ya sea en especies, insumos... En estos últimos años no se les ha otorgado insumos... [manifiestan] que no es recíproco el trabajo (PS25CHI).



Una enfermera hablante de tzotzil y tzeltal con 26 años de trabajo y 14 de experiencia de vinculación con parteras tradicionales de la zona de Los Altos comparte su recomendación:

Yo quisiera saber cómo se pudiera hacer para que las parteras recibieran un apoyo económico, o de material más que nada, porque con el material que maneja el personal de salud no es suficiente, y a mí me gustaría que las parteras tuvieran eso (PS33CHI).

Una directora en un hospital materno en la zona de la Frontera, frente al tema de los apoyos, nos comentó:

El apoyo realmente se busca de manera externa porque de manera interna, la institución no les permite recibir una beca, por la Secretaría de Salud no... ellas no reciben... Por ayuntamiento lo han buscado, lo hemos solicitado, pero no ha llegado (PS27CHI).

La demanda se concretiza en contar con una partida específica para el trabajo con parteras, recurso para capacitaciones, e incentivos económicos o “becas” para las parteras mismas.

El personal operativo y el encargado del programa de Partería a nivel de jurisdicciones, que han estado en estrecho contacto con las parteras, tienen una mayor facilidad para generar estrategias de trabajo conjunto con ellas; sin embargo, también deben de cumplir con las responsabilidades institucionales y estándares de productividad- como el manejo de más de un programa de salud- lo cual hace más complicado centrar el foco en el trabajo con las parteras. La carga excesiva de trabajo y la dispersión de las energías entre una gran diversidad de actividades, es otra problemática que se captó en el trabajo de campo con personal de salud.

Otra necesidad mencionada es la falta de capacitaciones y sensibilización para el propio personal de salud sobre temas de interculturalidad, trabajo con parteras tradicionales indígenas y respeto a la cultura entre otros, que puedan mejorar las actitudes con las que el personal se relaciona con las parteras. El personal operativo de salud de primer nivel- identificado como el personal que tiende a establecer mejores canales de comunicación con la parteras- comparte la necesidad de mantener una comunicación efectiva, sobre todo en el proceso de referencia con el segundo nivel. Es más común que sea este personal el que considera que el maltrato y la discriminación de los cuales son objeto las parteras en su acercamiento a los hospitales cuando refieren a pacientes que presentan complicaciones, afectan también negativamente el trabajo que ellos realizan en primer nivel.

Una enfermera de la zona de Los Altos reporta:

Mi recomendación sería que cuando una partera baja al hospital porque muchas veces las parteras bajan a los hospitales con sus pacientes, que las tomaran en cuenta, que no la reciban de mala manera o de mala gana, porque en ocasiones a ellas les dicen “quién te atendió?” en tono de regaño y ya empiezan con esos regaños y eso es lo que a ellas como parteras les intimida, y dicen “no valoran mi trabajo”. Y yo hice hasta donde pude... Mi recomendación [es] que tuvieran un buen trato en el hospital y que cuando



lleguen ellas con sus embarazadas que las reciban de buena manera, decirles, "gracias nos trajiste a la paciente". Eso me gustaría (PS30CHI).

Se identifica la necesidad de realizar talleres de sensibilización con el personal operativo de salud de primer y sobre todo de segundo nivel, para capacitarle, ya que la mayoría es responsable de generar el acercamiento con las parteras y su comunidad de embarazadas y no cuenta con las herramientas necesarias para llevar a cabo ese trabajo.

Ante esto, se demandan recursos económicos y humanos para capacitaciones al mismo personal de salud, además que a las parteras, y el proveer material culturalmente adecuado para las parteras tradicionales.

A nivel estatal se considera:

Lo que queremos y no hemos podido lograr (..) pues básicamente queremos hacer un manual de capacitación de parteras. Pero básicamente mucho compañeros no son pedagogos y pues se les dificulta la parte de capacitar, pero capacitar como algo lúdico, o sea, obviamente, no queremos que sea con diapositivas... Entonces se empezó a diseñar un manual con imágenes y material de la comunidad, pero ya no concluimos, porque muchas veces decía el personal de las comunidades "capacito, pero, ¿cómo capacito?" Entonces, se les dificulta esa parte... entonces tratamos de trabajar con ellos. Lo que queremos es generar un manual de capacitación con intercambio de experiencia entre parteras (PS34CHI).

El personal de salud encargado de los programas de salud materna en el estado de Chiapas nota la necesidad de tener una interlocución con las organizaciones que trabajan temáticas alrededor de la partería y la salud sexual y reproductiva; esto, para conjuntar objetivos y negociar las ventajas de esa relación, pues comentan que la ausencia de relación fragmenta un trabajo que podría hacerse de forma conjunta para obtener mayores resultados. Al respecto un enfermero de la zona de la Selva responsable del Programa de Desarrollo comunitario nos compartió:

-La mayoría de veces las organizaciones no reportan esta información, no hacen esa parte de ... esa comunicación que deberíamos tener con el personal de salud y ellos como organización no gubernamental (...) porque desafortunadamente ellos les dan una información a las parteras, pero la dan como organización no gubernamental, entonces como Secretaría de Salud damos otra información y en eso no coincidimos, y ahí se nos dificulta la comunicación con las parteras.

E: ¿Cómo con qué tipo de temas podrían chocar?

-Cuando ellas hablan, las organizaciones sociales, hablan mucho del respeto, de la remuneración que se les debía de dar a las parteras, pero como personal de la Secretaría no tenemos una partida presupuestal y pues las parteras vienen a exigir de lo que ellos nos dicen y nosotros tratamos de explicar que no tenemos una partida presupuestal y ahí caemos en un conflicto con ellas. Y eso nos complica más a nosotros, porque



dice la partera "No, pues, a mí GPA me dijo que sí me pueden dar" pero pues no tenemos, ¿cómo te vamos a dar? Y, pues, esa parte es de que si decimos que no les vamos a dar, pues no se van a acercar a nosotros (PS31CHI).

Lo anterior, indica que entre las autoridades, se solicita un mayor diálogo y acercamiento con las organizaciones de sociedad civil que apoyan a las organizaciones de base de las parteras.

4.3 Convergencias entre la identificación de problemáticas y demandas entre parteras y personal de salud

Si bien, la revisión de estas necesidades nos ayuda a identificar los contrastes entre lo que demanda el personal de salud y las parteras, también nos lleva a mirar los puntos en los que convergen y que se incluyen en el siguiente listado:

Hay coincidencia en la necesidad de contar con recursos económicos por parte de sistema de salud, para capacitaciones, material de atención y para implementar programas de partería.

En el caso de las capacitaciones las parteras demandan un trato horizontal, y respetuoso con su cultura y sus conocimientos, por su parte el personal de salud que tiene mayor vínculo con las parteras considera como necesarias capacitaciones y sensibilizaciones al propio personal de salud, para adoptar una perspectiva intercultural en el trabajo con las parteras tradicionales.

Tanto para el personal de salud de primer nivel, como para las parteras tradicionales existe la necesidad de una mayor vinculación, comunicación efectiva y mejor trato a las parteras con y desde el segundo nivel de atención.

Mientras el personal de salud pide un incentivo económico para las parteras, las parteras tradicionales demandan una beca a cambio del trabajo que realizan para el sistema de salud.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas del personal de salud y aprendizajes

Es importante reconocer que aunque es común encontrar barreras en la relación entre personal de salud y parteras, también lo es la creación de estrategias para sobrellevar esas barreras. Los protagonistas en estas formas "otras" de relación son en su mayoría personal de salud con largos años de experiencia y trabajo con parteras, en sus cargos directivos u operativos, logran establecer y/o mantener una buena relación con ellas. En el caso de personal de recién ingreso a la institución o en la vinculación con parteras, hay casos donde se han apropiado o se han formado en prácticas contemporáneas como el



parto humanizado, las cuales contrastan con la formación hegemónica. Este personal tiene una mayor facilidad de establecer un trato respetuoso y colaborativo con las parteras tradicionales.

La barrera del lenguaje apareció como una constante en las zonas donde se realizó trabajo de campo. El personal de salud considera que se trata de una barrera de comunicación con las parteras durante las capacitaciones y para la atención de las mujeres embarazadas; esta barrera se ha solventado con el uso de traductores o intérpretes en las unidades de salud:

Aquí en el hospital contamos con dos traductores, y ellas [son] de lengua Tojolabal y Tzeltal. Ellas nos ayudan, es la única que anda corriendo por todo el hospital para traducir a las pacientes (PSO2CHI).

Hay casos donde el personal de salud reconoce hablar o haber aprendido una lengua indígena por su historia familiar o por su trabajo en comunidad. Aunque estos son casos extraordinarios, parece ser una característica de personal con una larga trayectoria en sus comunidades, que responden a la necesidad de comunicación con la población que trabajan. Algunas de las lenguas que habla el personal de salud son Tzotzil, Tzeltal y Chol:

Mi lengua materna es Tzeltal porque mi papá era de Ocosingo, el Tzotzil lo aprendí en la localidad donde trabajé 14 años (PS33CHI).

Encontramos además que es el personal de salud con más contacto con parteras, el que moviliza estrategias propias para capacitarse en la lengua y aprender palabras clave para la atención de las mujeres embarazadas o capacitaciones:

Teníamos el apoyo de un personal hace poquito, pero por cuestiones administrativas lo tuvieron que remover... Él obviamente tenía la habilidad de hablar el Tzeltal (...), a nosotros sí nos han capacitado respecto a eso, sí conozco terminología, pero no lo domino (PS29CHI).

Una barrera generalizada es también la ausencia de financiamiento para materiales de capacitación a parteras y al mismo personal de salud. Frente a esto la estrategia del personal de salud encargado de las capacitaciones, es el diseño y creación de material didáctico para capacitaciones con parteras:

*E: El material ¿qué tipo de material, doctora?
-Hicimos nuestras muñecas, pusimos una manta y nos pusimos... y ya rellenamos, pero todo con nuestros recursos porque nadie nos da" (PSO1CHI).*

Otra barrera para poder trabajar con las parteras es la falta de condiciones para brindar una atención digna a los problemas de salud de estas últimas, cuando necesitan acceso a atención médica. A lo anterior, se añade la imposibilidad de poderles brindar apoyos econó-



micos y materiales por su labor. Antes estos obstáculos, sin embargo, encontramos casos en donde el personal de salud – en un ejercicio de apoyo mutuo con las parteras de su comunidad- ha aprendido que el cuidado de la salud de las parteras es o debería ser un compromiso asumido por la misma comunidad. Por otra parte, también tenemos registro de personal de salud que gestiona frecuentemente recursos para brindar insumos a las parteras o genera lazos de confianza y canales de comunicación mutuo y respetuoso que solventan de alguna forma estas carencias.

Sobre el cuidado de la salud de las parteras, una médica responsable de una casa materna en la zona de la Selva comparte:

(...) ya tiene tiempo que he trabajado con ellas y ya he formado el vínculo de amistad, de cercanía, de cariño(...). He tratado de mejorar un poquito más el vínculo dándoles atención médica, por ejemplo "hoy no va a haber ultrasonidos" va haber consulta para ustedes y van a venir todas, le doy solicitud para laboratorio y me coordino con el director de hospital. Así es como he formado un poco más el vínculo con ellas (PS29CHI).

A nivel estatal se tiene la idea de que el maltrato y discriminación hacia las parteras es un tema de antaño; sin embargo, nos dimos cuenta durante el trabajo de campo con parteras en 2021 que esto sigue siendo una práctica sistemática por parte de mucho personal de salud, sobre todo en los entornos hospitalarios. Frente a esto, hay personal de salud que ha tomado talleres de sensibilización que le ayudan a transformar sus ideas anteriores sobre las parteras y los han replicado con sus colegas, abonando así aun poco a este cambio de perspectiva.

A nivel estatal se considera:

*E: En cuanto al personal de salud que es el personal contacto con las parteras... ¿hay actitudes comportamientos negativos por parte del personal de salud a las parteras?
-Ya se ha modificado, pero antes era negativo porque antes no se le permitía el acceso a la partera, pero ahorita ya esa idea del personal médico se ha estado modificando, por eso justo se trata de esa eliminación... Pero, sí, ha habido personal médico en las capacitaciones para que conozcan y participen con las parteras y les hagan ver hasta dónde deben de llegar ellos y en qué momento... ya ha habido aceptación por parte del personal médico.*

E: Hace aproximadamente diez años ¿cómo era esta actitud?

-Sí, era de rechazo, era de que dé relación a la partera o algún tipo, anteriormente sí había más embarazos complicados por parteras, pero se ha tratado de modificar esa parte, considero yo que sí se ha logrado (PS34CHI).

Una médica responsable de una casa materna con población Tzeltal comparte:

E: ¿Por qué razón cree que tal vez ellos (personal de salud del hospital) no implementan ese modelo?



-Es falta de actitud, todo está relacionado a la actitud, porque sí se les motivó en los cursos se motiva mucho porque son cursos muy didácticos, que te hacen cambiar la dinámica de cómo ver a tu paciente y cómo tratarla y con qué barreras nosotros contamos para atender el parto humanizado, entonces yo creo que es más actitud, en no querer hacer o implementarlo (PS29CHI).

Frente a esto, desde el área de interculturalidad en una zona de la Selva, se ha desplegado de forma interna la siguiente estrategia:

(...) Capacitamos al personal para que ellos capaciten a sus parteras, y eso nos ha costado porque la comunicación que tienen ellos con ellas, que es la lengua que hablan, sí se les complica un poquito más. Pero para eso también estamos terminando con plataformas comunitarias para que las autoridades apoyen al personal, es una estrategia que abarca muchas cosas (PS31CHI).

Es interesante mencionar que estos casos exitosos de relación, se desprenden de trayectorias vitales donde alguna partera fue protagonista. Intentando indagar sobre el origen del tipo de relación que este personal de salud establece con las parteras, encontramos la experiencia de médicos/as y enfermeras/os que tuvieron su primer contacto durante el servicio social tal como lo comenta el siguiente médico:

E: Y usted antes de entrar en contacto con población indígena a partir de su profesión, ¿tenía conocimiento de la existencia de parteras indígenas?

-Era poco conocimiento, tal vez la interacción era mínima, a partir del servicio social fue que se intercambiaron experiencias con ellas, estar en continua participación, y a partir de ello se trabajó completamente con ellos (PS34CHI).

Otro personal de salud menciona haber establecido este contacto mucho antes, mediante redes de apoyo y/o familiares:

E: ¿y cómo le interesó este tema?

-Solo me pusieron en el puesto, fue lo que me tocó... yo no lo elegí, pero viéndolo bien, está bonito. Yo fui nacida con una partera, hubiera sido muy bueno que hubiera habido alguien como ustedes y la hubieran conocido, visitar mi pueblo desde que yo tengo uso de razón la veía muy viejita, la última vez ya no atendía, pero aun así la seguían buscando, no había médico la verdad y la partera, la abuelita Sabina, es tu abuelita me decía mi mamá, es tu abuelita. Todos nacimos por partera, pero mi primer hermano también nació con una partera en Veracruz, de ahí se vinieron a vivir para acá y somos seis hermanos vivos y una fallecida, y los demás todos atendidos por partera (...). La partera tenía su casa de lodo, su marido la ayudaba, pasaban el río y ahí agarraban barro y cada que nacía un niño hacían un muñequito de barro y todos tenían un nombre de los niños que habían nacido, y se acordaba la viejecita, decía este es hijo de tal... y así los tenía en una tablita acomodados todos los muñequitos (PS03CHI).



Frente a preguntas similares, la doctora responde:

Sí, mi madrina, mi madrina es partera (...) ella llevó el control del embarazo de mi mamá (PS27CHI).

Otra estrategia implementada por el personal de salud, es el uso de Apps telefónicas que ayuden a operativizar la comunicación con las parteras alejadas de la unidad de salud. Sobre esto en la zona de la Frontera una médica comparte:

*E: ¿Hubo algún otro trabajo o red de comunicación con las parteras en ese momento?
- Lo que pasa es que ya lo teníamos trabajado, es que desde antes de la pandemia tenemos bien estructurada la red para referencia... Aquí es con parteras que cuentan con un celular que tenga WhatsApp, entonces hay una red de que en caso de que yo tenga alguna situación o complicación con alguna embarazada, pues avisen inmediatamente, entonces nosotros aperturamos el espacio en un hospital (PS01CHI).*

En general, encontramos en Chiapas: una amplia presencia y diversidad de parteras tradicionales que atienden tanto a población indígena, como urbana; la relación de negociación y disputa que mantienen constantemente con las instituciones de salud; el testimonio de las parteras de recibir comúnmente un trato poco respetuoso, que las humilla y discrimina, por parte de varios médicos/as y personal de enfermería. Frente a esto, las parteras compartieron su anhelo y demanda de una relación de respeto y no discriminación hacia sus conocimientos y el reconocimiento de sus habilidades para atender un parto, además de la dotación de material de trabajo, seguro médico y una compensación económica a cambio de su labor por el sector salud. Con respecto a la pandemia de COVID-19, se encontró que la atención que brindaron las parteras tradicionales fue un recurso invaluable para evitar la muerte materna y neonatal, además de que la demanda hacia ellas de la atención del parto aumentó muchísimo.

Durante el periodo de pandemia, disminuyeron ulteriormente los apoyos del sector salud a las parteras, hubo entre las parteras una percepción de abandono ante muertes y contagios, además de graves carencias de insumos y equipo para la atención y prevención. Uno de los hallazgos más relevantes es la presencia de los procesos organizativos en defensa de la partería y la medicina tradicional en el cual participan asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales y otros en Chiapas.

En cuanto al personal de salud, se encontró que, frente al desabasto y la crisis del propio sistema, se ve como necesario contar con recursos por parte del Sector Salud como herramienta de vinculación con las parteras tradicionales, así como contar con la oportunidad de llevar a cabo programas de salud materna y partería, pues ante la falta de esto se sienten poco capaces, pero no imposibilitados, ya que en el apartado de buenas prácticas se pudo ver a detalle que existe personal de salud generando estrategias y herramientas propias para lograr ese vínculo.



Mientras a nivel estatal se considera que el personal de salud tiene apertura al trabajo de las parteras, en la mayoría de las entrevistas rastreamos citas en relación a la falta de aceptación que contrastan esta mención. Hay personal de salud tanto operativo como administrativo que desconoce los derechos de la partera a atender y se forma con información poco actualizada de los temas. Entre el propio personal de salud, coordinadores del programa de partería y responsables de unidades de salud se reconoce la falta de tacto, sensibilidad cultural y rechazo del personal de salud para trabajar con parteras. Esta situación genera la necesidad de capacitaciones encaminadas a la sensibilización y apertura del personal de salud con las parteras.

5.2 Recomendaciones

A partir de los hallazgos y el análisis de la situación de la partería indígena en Chiapas, se emiten las siguientes recomendaciones:

- Destinar desde el nivel federal un rubro específico para el trabajo del personal de salud con parteras tradicionales, habilitando espacios de encuentro, proveyendo de herramientas de trabajo y material para capacitaciones, así como contratando a intérpretes de su misma lengua.
- Adecuar programas y acciones de registro y capacitación a los contextos culturales de las parteras, tomando en cuenta las condiciones en las que laboran ellas y el personal de salud.
- Contar con un personal específico para el seguimiento del trabajo con las parteras tradicionales en las unidades de salud.
- Realizar papelería específica o un método de comunicación que permita la referencia de pacientes de parteras a hospitales y unidades de salud.
- Brindar capacitaciones o talleres continuos sobre el marco legal de la partería tradicional en México a personal de salud en todos los niveles.
- Informar al personal de salud y directivos de los SESA-Chiapas 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.
- 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.

- 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.
- Permitir a las parteras tradicionales firmar el certificado de nacimiento y brindarles las hojas de nacido vivo sin condicionamientos, además de acompañarlas en todo el proceso.
- Eliminar prácticas sistemáticas de maltrato, discriminación y hostigamiento hacia el trabajo de las parteras tradicionales.
- Garantizar en el presupuesto de salud de la Federación una compensación digna para las parteras por su labor.
- Habilitar espacios para facilitar la transmisión de los conocimientos de las parteras tradicionales a las nuevas generaciones.

Capítulo 2

Guerrero

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2021-2022)

ELABORADO POR:

DRA. ADRIANA LOZANO DAZA

INVESTIGADORA ASOCIADA AL PROYECTO



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO

1.1. Población indígena y afroamericana

De acuerdo con datos del INPI¹ para 2020 en Guerrero la población indígena de 3 años y más por condición de autoadcripción asciende a 1,102,334 personas, representando el 33% de esta población. Si se tiene en cuenta el criterio de hogares, la población indígena se cuantifica en 702,830, representando así el 20%. Por otro lado, según la condición de habla indígena se calcula que en Guerrero hay 515,487 personas Hablantes de Lengua Indígena (HLI) de 3 años y más, lo que representa el 15.5% de la población total de 3 años y más en este estado (Tabla 1)

Tabla 1. Número y porcentaje de población de 3 años y más HLI, Guerrero, 2020

	Población total de 3 años y más Guerrero	Número de HLI de 3 años y más Guerrero
Número	3'328,762	515,487
Porcentajes	100%	15.5%

Fuente: INEGI, Censo de población y vivienda 2020. Elaboración propia

Las lenguas indígenas más habladas en Guerrero son en primer lugar el náhuatl, seguida del tun savi-mixteco, mé pha-tlapaneco y ñomndaa-amuzgo. Es importante tener presente que el 21.6% de población HLI de tres años y más- no habla español y dentro de ésta más del 60% son mujeres.

De otro lado, 303,923 personas de Guerrero se consideran afroamericanas o afrodescendientes, constituyendo así el 8.6% del total de población de la entidad federativa y el primer lugar en número de personas afroamericanas en México.

1.2. Datos de parteras y nacimientos

Para 2020 los datos del censo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud Federal (SSA) reportaron la existencia de 2,608 parteras tradicionales en Guerrero, lo cual corresponde al segundo número más alto en el país, solo antecedido por el estado de Chiapas.

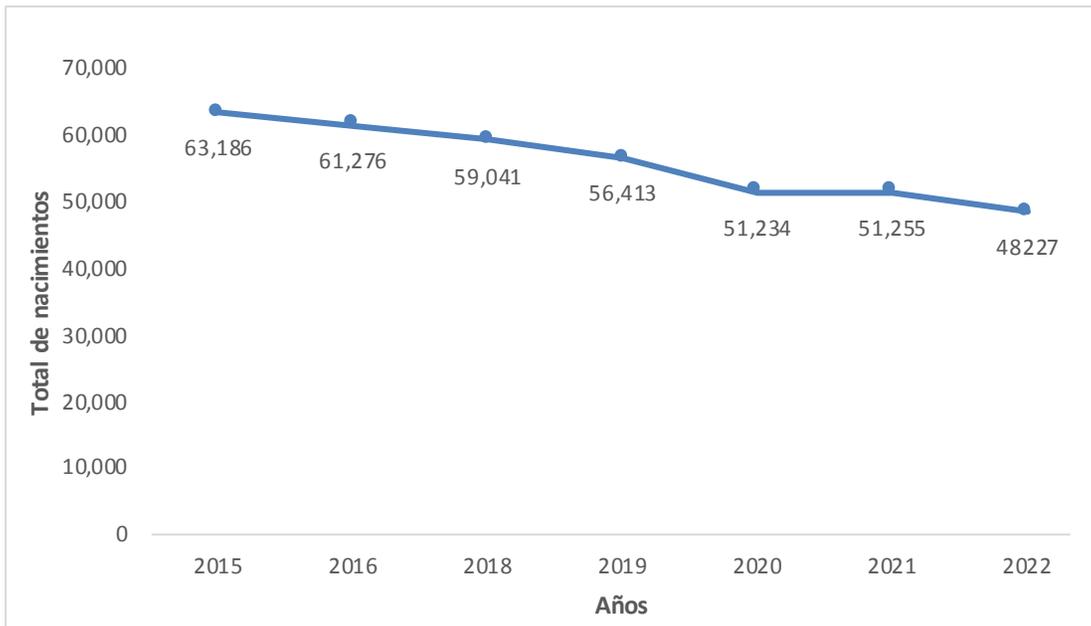
En 2020, el SINAC reporta 51,234 nacimientos en el estado, de estos 3,276 fueron atendidos por parteras, (6.4%). Por su parte, en 2021 se reportaron 51,255 nacimientos en Guerrero, de los cuales 2,951 fueron atendidos por parteras (véase gráficas 1, 2 y 3).

¹ Fuente: INPI. Sistema Nacional de Información y Estadística sobre los Pueblos y Comunidades Indígenas y Afroamericanas, con base en: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Muestra censal. Microdatos. Fecha de consulta: 05-12-2022.

Disponible en: <https://www.inpi.gob.mx/indicadores2020/>

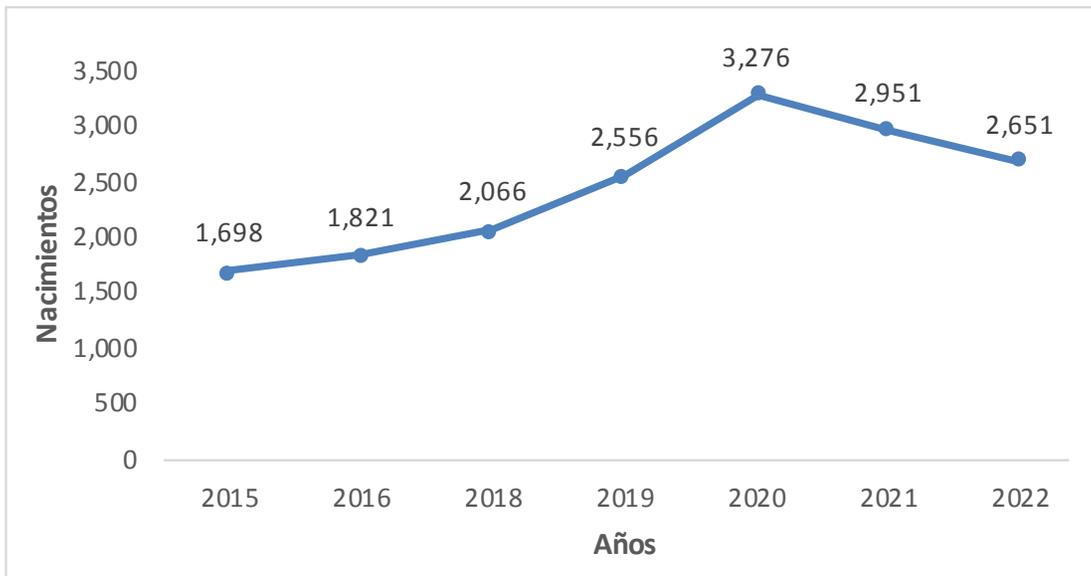


Gráfica 1. Nacimientos totales Guerrero (2015-2021)



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Saluz con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC 2015-2021.

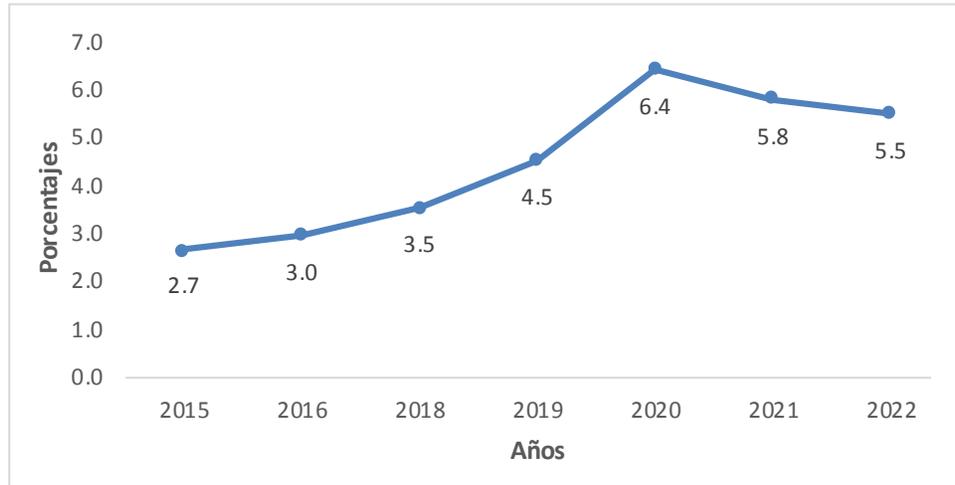
Gráfica 2. Nacimientos totales atendidos por parteras Guerrero (2015-2021)



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Saluz con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC 2015-2021.



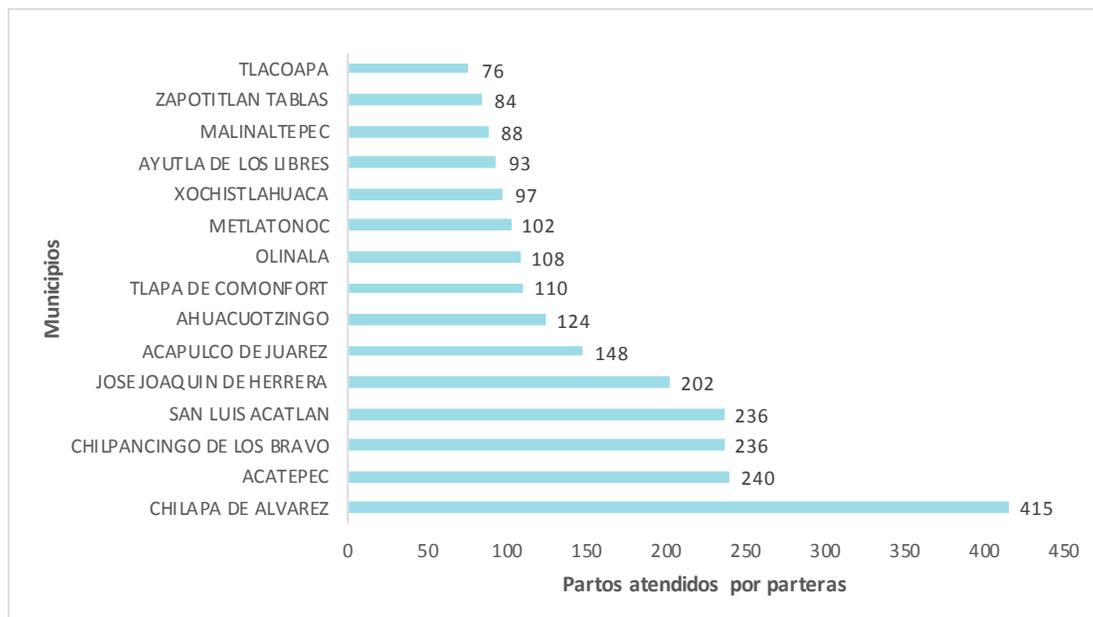
Gráfica 3. Porcentajes de nacimientos atendidos por parteras Guerrero (2015-2021)



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Saluz con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC 2015-2021.

Los diez municipios con mayor número de partos atendidos por parteras en 2020 y 2021 se reportan en las gráficas 4 y 5. En 2021, es de notar fueron en su orden: Chilapa de Álvarez, Chilpancingo de los Bravo, José Joaquín Herrera, Acatepec y San Luis Acatlán aparecen entre los primeros lugares en ambos años.

Gráfica 4. Municipios de mayor atención de nacimientos atendidos por parteras, 2020



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Saluz con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC 2015-2021.



Gráfica 5. Municipios de mayor atención de nacimientos atendidos por parteras, 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez Saluz con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC 2015-2021.

En resumen, durante 2021 las parteras atendieron 6 de cada 100 partos en Guerrero y el estado ocupó el segundo lugar con mayor porcentaje de nacimientos atendidos por parteras a su interior.

De acuerdo con las gráficas 2 y 3, fue evidente el pico de crecimiento en atención con parteras durante el año más crítico de la pandemia por Covid-19, aunque también hay que tener en cuenta problemas de subregistro pues durante las mismas entrevistas se manifestaron inconsistencias y problemas en la expedición de certificados de nacimiento, incluso haciendo explícitos casos donde no se registra que la atención fue brindada por parteras.

Por su parte, según datos de INEGI de nacimientos registrados en el año de 2021 en Guerrero, se reportaron 62,880 nacimientos--por entidad de ocurrencia y según persona que atendió el parto-- de estos el 67% fue atendido por personal médico y el 9% por partera (lo cual corresponde a más de 5,700 nacimientos). Aun si las dos fuentes de información no son comparables en sentido estricto por cuantificar procesos distintos (registrados vs atendidos), sí llama la atención que el número de nacimientos con parteras registrado para ese año es casi dos veces mayor al reportado en el SINAC de nacimientos atendidos por partera, para ese mismo año.



En términos de mortalidad materna en 2021, la Dirección General de Epidemiología de la SSA, reportó para Guerrero una Razón de Muerte Materna (RMM) de 58.9 defunciones por 100 mil nacidos vivos, a nivel nacional la RMM promedio fue de 53.1. En total se reportaron 40 defunciones en el estado, el 55% sucedieron en instituciones de la Secretaría de Salud, 27.5% se reportaron como defunciones sin atención u otras, 15% en unidades del IMSS y un porcentaje mínimo (2.5%) se reportó en servicios particulares.²

1.3. Características generales del Sistema de Salud

La organización del Sistema Estatal de Salud se basa en la Ley número 1212 de Salud del Estado de Guerrero,³ el cual está encabezado por el Gobernador(a), Secretario(a) de Salud y los Ayuntamientos. Justo antes de la última reforma promovida por el Gobierno federal a partir de agosto 2022 para la unificación y la federalización del sistema de salud donde los servicios de primer y segundo nivel quedan bajo la responsabilidad del IMSS-Bienestar,⁴ la prestación de servicios de salud en el estado contempla(ba) servicios públicos para la población en general, servicios para la población con seguridad social o población derechohabiente; asimismo están los servicios sociales y privados. La atención de la población en general esta(ba) a cargo de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero-SESAEG, la cual funciona con base en su reglamento interno y la define como la entidad responsable de dirigir y operar los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Dichos SESA se definen como Organismo Público Descentralizado (OPD), al igual que otras instancias como la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero, el Instituto Estatal de Cancerología, el Instituto Estatal de Oftalmología, el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (Chilpancingo) y el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense (Tlapa).⁵

Entre las unidades médicas y administrativas de la SESAEG se incluyen 14 Hospitales Generales, 23 Hospitales de la Comunidad y 7 Jurisdicciones Sanitarias (JS), estas últimas en correspondencia con las siete regiones de la entidad (véase Tabla 2). Las JS tienen la responsabilidad de coordinar la prestación de servicios de salud a la población abierta a través de Centros de salud y Hospitales de la Comunidad en sus respectivas áreas de acción.

² Calculados con base en informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana epidemiológica 52 de 2021. Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud. Enero, 2022.

³ Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero (2012), Ley numero 1212 de Salud del Estado de Guerrero, Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo (4 de diciembre), Chilpancingo, Guerrero, Edición No.97 Alcance I.

⁴ Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, DOF: 31/08/2022

⁵ Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guerrero (PO) (2019), Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero (12 de noviembre), Chilpancingo, Guerrero, Edición No.91 Alcance I, p. 10.



Tabla 2. Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2022

Número y nombre de Jurisdicción Sanitaria	Municipio (sede)
01-Tierra Caliente	Tlapehuala
02 Norte	Iguala
03-Centro	Chilpancingo
04-Montaña	Tlapa
05-Costa Grande	Técpan
06-Costa Chica	Ometepec
07-Acapulco	Acapulco

Fuente: Elaboración propia con base en información del Reglamento Interior de la SS y los SESA del Estado de Guerrero

La SESAEG cuenta con diferentes unidades, direcciones, subdirecciones y departamentos; las competencias en materia de salud materna corresponden a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, la que a su vez cuenta con una Dirección de Servicios de Salud y una Subdirección de Atención Médica; a su interior se ubica el Departamento de Salud Reproductiva (véase nota 5, p. 9).

A partir de 2020, como parte del proceso de federalización del Sistema de Salud, Guerrero comenzó a operar de acuerdo con los lineamientos del INSABI. De esta manera se opera la prestación gratuita de servicios de salud para las personas sin seguridad social a través de Acuerdos de Coordinación entre la Secretaría de Salud Federal, el INSABI, el Gobernador(a) y la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.⁶ Para 2022 se anuncia un Plan de Salud operado por el IMSS-Bienestar (véase nota 4), cuyo padrón de beneficiarios reportaba 115,558 personas adscritas en Guerrero para 2022⁷ y un directorio de 19 unidades médicas en tan sólo 8 municipios del estado.⁸

Es importante mencionar que, de acuerdo con datos recientes, el 93% de los 1,102 establecimientos médicos en Guerrero pertenecen a la SESAEG y los SESA; sólo un porcentaje minoritario pertenece a instituciones de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (46 unidades), el IMSS (27 unidades) y la Secretaría de Marina (SEMAR) (1 unidad).⁹

6. Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Guerrero, DOF: 12/08/2020.

7. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/estadisticas/01-PoblacionAtendida-2022.pdf>

8. <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

9. Gobierno del Estado de Guerrero (2022), 1er. Informe de gobierno 2021-2022, Evelyn Salgado Pineda, Gobernadora constitucional del Estado de Guerrero. P. 69.



2. Personas entrevistadas

En Guerrero, se entrevistaron parteras principalmente en septiembre y octubre del 2021 y personal de salud en septiembre y octubre del 2022. Por la naturaleza de la investigación, se priorizó la realización de entrevistas en regiones y municipios donde hay un mayor porcentaje de presencia indígena: en el caso de la región Montaña, con una importante presencia Me'pha, Ñu Savi y Nahuatl, y, para el caso de la Costa Chica, con presencia Amuzga-Ñomndaa, Ñu savi, Me'phaa y afroamericana ¹⁰(véase Tabla 3).

Tabla 3. Regiones y municipios de Guerrero donde se realizaron entrevistas. 2021-2022

Región/Municipio	% de población que habla lengua indígena	% de población que se considera afroamericana
Costa chica		
Azoyú	7.2	24.2
Cuajinicuilapa	5.8	79.8
Ometepec	30.6	21.0
San Luis Acatlán	55.0	9.0
Xochistlahuaca	91.4	15.0
Montaña		
Acatepec	97.2	0.9
Atlixac	64.2	3.1
Tlapa de Comonfort	51.6	5.5

Fuente: Elaboración propia con base en panorama sociodemográfico por municipio ¹¹.

El guión de la entrevista a parteras incluyó fundamentalmente cinco aspectos: a) características sociodemográficas, socioeconómicas, laborales y de salud de las parteras; b) la relación con el Sector Salud; c) la atención durante la pandemia por COVID-19; d) los procesos organizativos de las parteras; y e) la transmisión intergeneracional de saberes; eso,

10. Regiones de los Planes Integrales de Desarrollo Regional de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas o por municipio, enero 2022. Fuente: INPI. Fecha de consulta: 05-12-2022. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/722382/Regiones-indigenas-inpi-enero-2022.pdf>

11. Véase: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>, consultado diciembre 2022.



con la finalidad de poder realizar un diagnóstico actualizado de la partería tradicional indígena en el estado.¹²

Con el personal y las autoridades de salud, las entrevistas abarcaron los siguientes temas: a) características generales de autoridades o prestadores de salud; b) situación del sistema de salud durante la pandemia y ante las transformaciones actuales del sector; c) principales problemas que se enfrentan en el estado en la salud materna y perinatal; d) relación entre el personal de salud y las parteras; e) caracterización de las parteras y su trabajo desde la perspectiva del personal de salud; y f) principales problemáticas y necesidades de la partería, desde la perspectiva del personal.

Cabe aclarar que este informe se centra en los resultados del trabajo de campo realizado en el año 2022, por lo que se enfatizan los hallazgos en cuanto al personal de salud, aun si se reportan algunos hallazgos generales de los más importantes, recabados con parteras.

Todas las entrevistas transcritas se codificaron en el programa Atlas.Ti., de acuerdo a un listado de códigos pre-definido de acuerdo a los temas cubiertos en las entrevistas, pero refinados, ampliados y/o colapsados, de acuerdo a los resultados encontrados en campo. La densidad de los códigos se reporta más adelante (gráficas 6, 7 y 8).

2.1. Perfil de parteras entrevistadas

En 2021 se realizaron 29 entrevistas a parteras y parteros tradicionales de pueblos indígenas (Ñomndaa, Nahua, Na Savi y Mé'phaa) y afroamericanas, ubicadas en seis municipios del estado: Atlixac, Acatepec, San Luis Acatlán, Azoyú, Xochistlahuaca, y Cuajinicuilapa. En 2022, se incluyeron entrevistas con cuatro parteras adicionales que viven en los municipios de Cuajinicuilapa y San Nicolás (de reciente creación). Tres de ellas provienen de localidades indígenas y una afroamericana. Su edad promedio es de 65 años y oscilan entre los 53 y los 87 años.

2.2. Perfil del personal salud entrevistado

En total se realizaron 13 entrevistas en los municipios de Cuajinicuilapa, Ometepec, San Luis Acatlán y Tlapa de Comonfort. Nueve entrevistas se realizaron a personal femenino y cuatro a personal masculino. Doce entrevistas fueron con personal de salud perteneciente a dos Jurisdicciones Sanitarias (JS) de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (JS 04-Montaña y 06-Costa Chica); se realizó además una entrevista a un presidente municipal de la región Costa Chica.

12. Para revisar a detalle los resultados de Guerrero a partir de las entrevistas a parteras en 2021, véase el Informe Situación actual de la partería. Informe final. Chiapas, Guerrero y Oaxaca (2021), de la página 117 a la página 146. El informe está disponible en: <https://pacificosur.ciesas.edu.mx/wp-content/uploads/2023/01/Ciesas-Situacion-Actual-informe.pdf>



En las dos jurisdicciones incluidas se priorizaron entrevistas con responsables o personas vinculadas directamente con acciones o programas de partería tradicional (Tabla 4). Asimismo, se incluyeron voces de personal directivo de las dos regiones (Montaña y Costa Chica), en este caso de directores y/o personal con responsabilidades directas en la atención a la salud materna dentro de tres unidades hospitalarias.

Tabla 4. Entrevistas a personal de salud de Jurisdicciones Sanitarias y Unidades de Salud JS-04 (Montaña) y JS-06 (Costa Chica), Guerrero, 2022

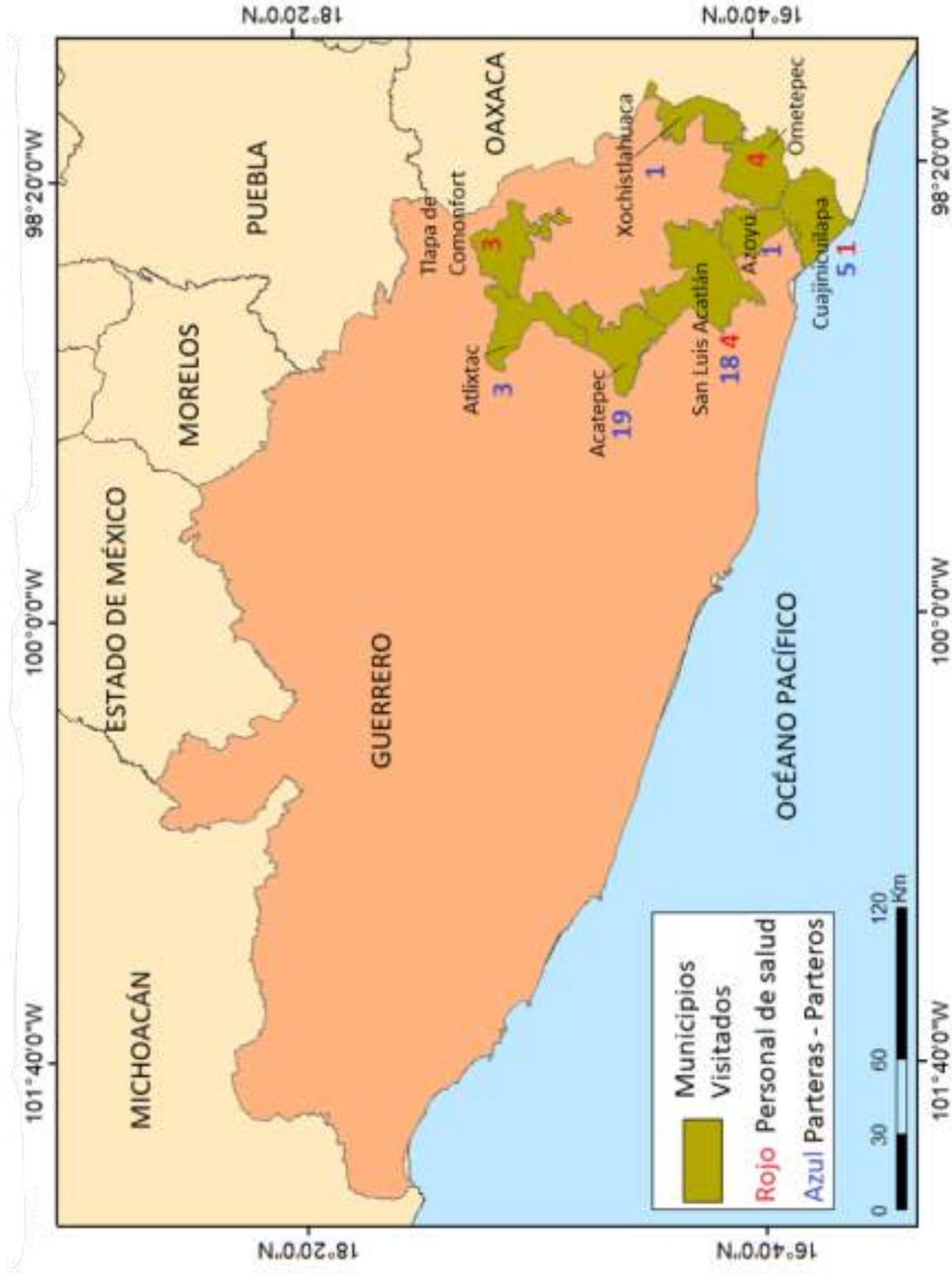
Número de entrevistas	Cargo o responsabilidad
1	Coordinaciones Salud Reproductiva
1	Jefaturas de Servicios de Salud
2	Responsables de Salud Materna
4	Responsables de Componente Comunitario y/o partería
2	Direcciones de Hospital
1	Jefaturas de gineco
1	Otros
1	Presidente municipal
Total=13	

Fuente: base de datos en Excel de entrevistas con PS, segunda fase. Elaboración propia.

Dentro del perfil profesional y académico del personal médico se hallaron médicos(as) generales, médicos familiares, gineco-obstetras, maestras en salud pública; en cuanto al personal de enfermería, la mayor parte tiene formación técnica.

Es importante anotar que la relación con las parteras tradicionales está en su totalidad bajo la responsabilidad de enfermería.

Mapa 1. Municipios de Guerrero donde se realizaron entrevistas a personal de salud y parteras. Guerrero, 2021 y 2022



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto



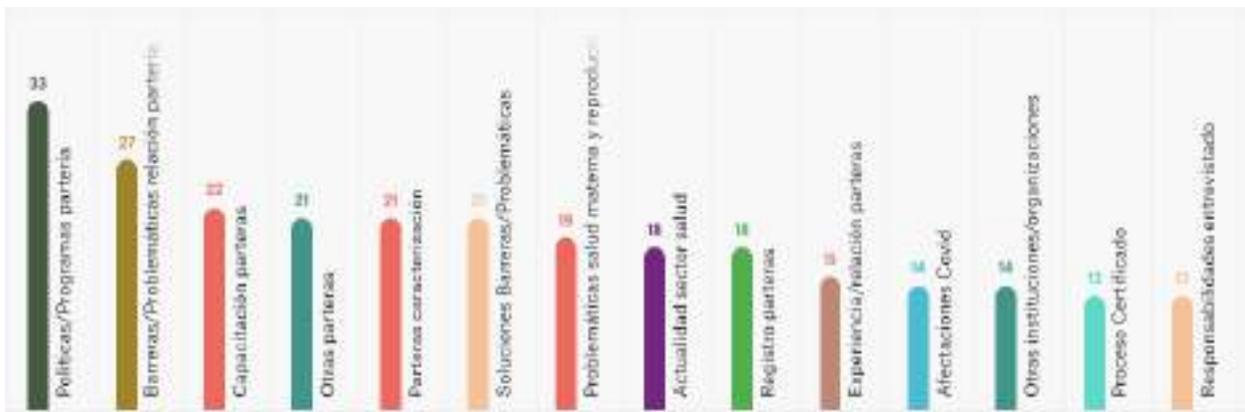
3. PRINCIPALES HALLAZGOS

3.1 Códigos de interés

La densidad de los códigos en el programa AtlasTi. nos da una idea de hacia dónde orientaron las parteras y el personal de salud sus preocupaciones, temas de interés, necesidades, problemáticas y, finalmente, demandas.

Como lo evidencia la Gráfica 6, el personal de salud de Guerrero hizo una mayor referencia a los códigos en torno a **políticas, programas y estrategias** en salud materna y partería, seguido de las menciones sobre **barreras o problemas** para el relacionamiento entre las instituciones de salud y las parteras tradicionales.

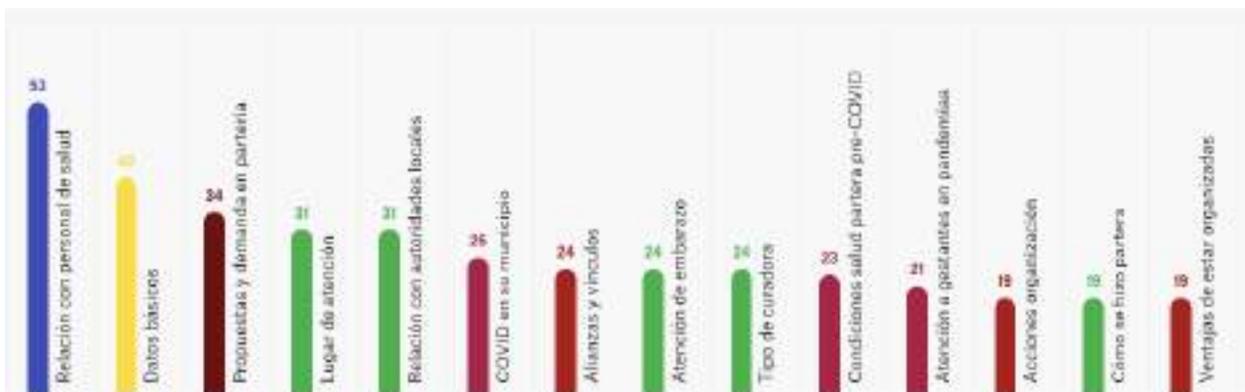
Gráfica 6. Densidad de códigos entrevistas personal de salud Guerrero, 2022



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.

Las referencias que más realizaron las parteras al momento de ser entrevistadas tuvieron que ver con sus historias y trayectorias de vida como parteras, además de sus preocupaciones y necesidades (véase Gráficas 7 y 8).

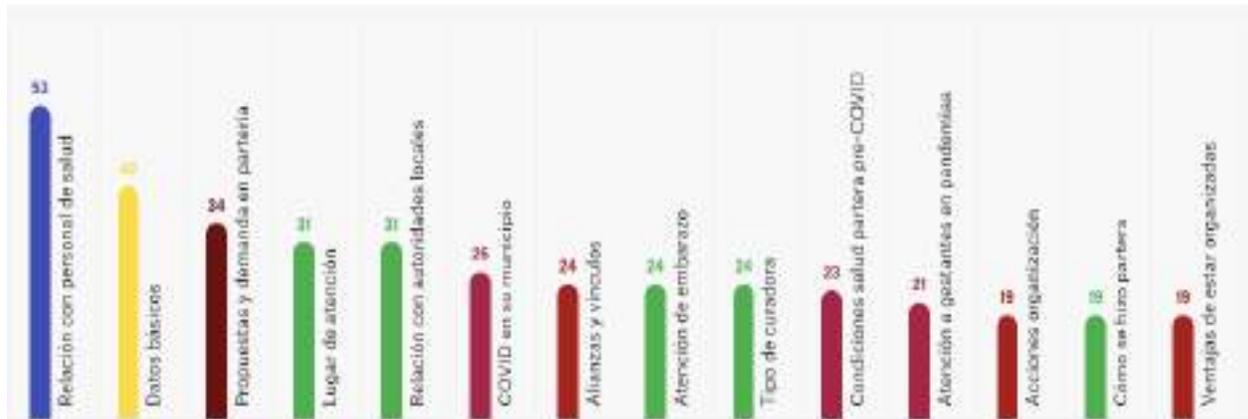
Gráfica 7. Parteras Guerrero, densidad de códigos, 2021



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.



Gráfica 8.. Parteras Guerrero, densidad de códigos, 2022.



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.

En sus narrativas, las parteras resaltaron sus formas de acercamiento a esta práctica, en algunos casos a partir de experiencias propias y otras veces a partir del aprendizaje de prácticas de medicina tradicional en el seno de sus familias:

Mire, yo no le puedo bien, quién lo va a ser todo va a ser la persona, si quieren, si no "llévensela al hospital", "No, no, no, no, vamos", me fijaba ya en todo. Pasó eso, nació una niña, nació la niña con su ombligo. Me dijo, una vez y digo: "primero amárrele, después trócele y todo", pasó esto, después otra persona. Ahorita ya es muchacha grande como de unos 22 años que yo la partí a su mamá, pero así y así. Y créanme que como Dios que está viendo [inaudible], yo sueño que hago eso, ajá. Y le digo a mi esposo, me dice él: "mira mujer no te metas mucho en eso", me decía él. Pero gracias a Dios hasta aquí he atendido partos y ni un bebé se me ha quedado (090GRO).

Ella también sabe lo de hierbas, yo me acuerdo de que aquí traíamos a (...) una nieta de mi abuelita (...) que sufría mucho de bronquitis y ella la curaba, le daba sus remedios para sacar las flemas

E: ¿También curaba de otras cosas a los niños a y a los adultos?

Pues nomás aquí según que creen del corajito, me los traen para que les saque las flemas o que tiene diarrea o que la mollera (...) se les cayó, les meto el dedo, los sacudo, les meto el dedito y no sé yo creo que se compondrán porque me buscan (065GRO).

3.2. Necesidades y demandas de las parteras desde la perspectiva del personal de salud

Todas las personas entrevistadas coinciden en que dentro de las demandas de las parteras tradicionales está la dotación de materiales básicos e insumos, aunque también mencionan las limitaciones dentro de las propias unidades de salud. En este mismo sentido se menciona la necesidad de capacitar y dotar a las parteras con maletines o botiquines:



Del hospital, apenas están pidiendo, están pidiendo navajas para cortar el cordón, perillas, la cinta del cordón umbilical, nosotros en el Hospital lo hacemos con una liga, a las de aquí les podemos dar son cordones que hay en hospital, perillas no creo que haya muchas, pero trataremos de darles lo más importante, gasas, muchas cosas que nosotros mismos carecemos en el hospital (PS42GRO).

... que les mandaran insumos para, no tanto para atender partos, pero si para revisar, que se yo, porque luego acá les armamos como paquetitos, pero pues a veces hay muchas carencias. Ahorita estoy que les debo su kit (PS45GRO).

Así mismo hay reiteradas menciones a la demanda de un recurso económico, en algunos casos el personal de salud identifica las carencias que ellas viven en sus comunidades:

Pues sí sería un recurso económico, sí. Porque hay comunidades en donde la partera sí le cobra, ¿sí? Sí cobran los partos, pero fuimos a (...) el mes pasado a dar una capacitación y se me acerca una partera y me dice, "¿En qué nos pueden ayudar?" Les digo, "Yo le puedo, este, ofrecer material, es lo único que yo le puedo ofrecer. Otro recurso yo no le puedo ofrecer", le digo, "¿qué es lo que usted necesita?". Dice, "Es que yo no cobro los partos, llevo años siendo partera y yo no cobro un solo parto" (PS47GRO).

Otra de las demandas tiene que ver con la solicitud de credenciales para que sean reconocidas por el propio sector salud:

... este ya nos pide que ya les demos credencial para que... pero igual no depende ni de mí del jurisdiccional. Ya nos piden que les demos credenciales (...) para que sean reconocidas como parteras y que ellas atienden (PS38GRO).

Uno de los responsables de salud materna manifiesta que dentro de las necesidades de las parteras está el generar relaciones de confianza entre ellas y el sector salud:

... Y dándoles confianza, hay que reunirnos una vez por mes con ellas, que se sienta apachada, que somos sus aliados y cuando ellas no puedan, que nos digan, para evitar una muerte materna o cuando ellas identifiquen un riesgo, que nos notifiquen, hay que ser aliados, hay que tener amigos" (PS56GRO).

Por su parte, las parteras resaltan que un aspecto relevante tiene que ver con sus condiciones de salud pues varias de ellas, ya como adultas mayores, enfrentan situaciones de desgaste y problemas de salud, algunas incluso manifiestan que debido a esto ya no atienden partos:

E: ¿hasta qué año atendió embarazadas?

P: Como 10 años

E: Como en el 2011



P: Me operaron de la cara, me operaron de la vesícula, me cayó cáncer me empecé a enfermar y ya dejé (065GRO).

Es importante mencionar que algunas ya son parteras longevas y con al menos tres décadas en esta labor. Desafortunadamente también mencionan que en algunos municipios ya no hay parteras o las pocas que hay ya no atienden partos como tales:

P: Pues casi, este no atiendo parto. Sino que a veces nada más que, soy curandera yerbera, pero sí también le hayo a lo del parto, pero casi no, como aquí están los hospitales ya la desconfianza ya existe.

E: ¿Pero antes sí atendía?

P: Poco, pero sí. Sí que este, ya dejé eso, pero ahorita nada más lo que me dedico a hacer trabajo a curar niño, a levantar las mulleras, agarrar espanto y equis cosas. A eso nada más, este ahorita (089GRO).

Como parte de lo anterior, también mencionan el incremento en la demanda de los servicios particulares, lo cual puede ser interpretado a la luz del impacto de un modelo medicalizado y mercantilizado de la atención materna y que es apropiado también por las propias mujeres. Adicionalmente se menciona la falta de nuevas generaciones que estén interesadas en el aprendizaje de la partería. Todos estos elementos colocan a la luz los riesgos reales de desaparición de los saberes y prácticas de la partería tradicional:

P: Nadie quiso aprender, bueno de mis hijas, mis nueras, nada no quieren

E: ¿Por qué no quisieron?

P: Porque agarra uno suciedades y es complicado, unos se desvela mucho, se malpasa porque no en todas partes te ofrecen una tacita de café (065GRO).

E: Pero ¿usted no conoce a otras mujeres u hombres que atiendan partos que no sean doctores?

P: No

E: Ya sólo queda usted de partera aquí (...)

P: Eso dicen (066GRO).

E: ¿Quedan parteras (...) todavía?

P: No, ya murieron todas, ya (089GRO).

3.3. Barreras y problemáticas para el relacionamiento entre el sector salud y la partería tradicional

Se identifican como barreras aquellas creencias o cosmovisiones que impiden el acercamiento de las personas indígenas a los servicios de salud. En referencia a esto, el personal de salud por un lado menciona la existencia de otras interpretaciones sobre la salud y la enfermedad y, por otro lado, también denuncia la existencia de prácticas machistas aparentemente amparadas en la idea de “usos y costumbres” y que impiden la atención oportuna de las mujeres durante su embarazo o parto:



... muchas veces le digo hay personas que creen que son cosas de brujería y ahí es donde más la paciente no acude al hospital, ya las llevan cuando está más complicada. Pero muchas que sí, que en cuanto que ven que una paciente está mal la mandan, avisan, ya sea mí o la doctora (...) que la paciente va a bajar (PS42GRO).

... la idiosincrasia de la población de la Montaña es muy difícil de trabajar, muy difícil porque las mujeres creen que el mareo es normal, que el dolor es normal, que la hinchazón de los pies es normal (...)

... pero un programa intersectorial no existe. Y sí le tenemos que entrar todos, porque es incluso hasta, es extremo que tengamos que llegar con los comunitarios a veces, o con la policía y decirle "dale permiso a tu esposa para que nos la llevemos al hospital para atenderla, no le vamos a hacer otra cosa, nada más la vamos a atender y si está bien te la vas a traer, y si está mal tenemos que hacer algo" y que salgan con el machete y te digan "no, si se muere aquí la entierro", no, no es así. Desde sus usos y costumbre decirle "mira no porque le permitas que vaya y la atienda otra mujer" incluso a veces te dicen "es que no quiero que la vea ningún hombre", bueno vamos médicas y ni así, nos dan permiso (PS44GRO).

El personal de salud también califica como una barrera cultural el uso de las lenguas indígenas, esto en el sentido de que dificulta el entendimiento entre el personal de las instituciones de salud y las parteras(os) tradicionales, así como la comunicación con los pacientes en general:

La desventaja es la lengua, es la única desventaja que nosotros tenemos, es la lengua, que no nos entendemos (...) es algo muy complicado en la lengua, porque aquí pues todos hablan la lengua, o sea, no hablan, sobre, las parteras porque ya son parte de las grandes porque tenemos hombres también parteros, ¿sí? Entonces, son personas grandes que, o sea, no los vamos a hacer cambiar, ¿sí? No los vamos a decir, que hablen el español, ¿sí? A los compañeros, pues, tampoco les vamos a decir hablen en mixteco, hablen en Tlapaneco, aunque hay médicos que lo entienden (...) no, entonces, esa barrera siempre va a estar ahí, siempre va a estar ahí y siempre va a haber alguien que le va a traducir, pero yo siento que no es lo mismo (PS47GRO).

Por otro lado, también se hace énfasis tanto por parte del personal de la JS-04 Montaña, como por parte de JS-06 Costa Chica, que las mujeres indígenas de la región tienen mayor preferencia por la atención con parteras:

... Ellas no atienden y hay veces en que no es porque ellas forzosamente quieran atender, sino que la gente, también las señoras acuden con ellas, no quieren acudir a nuestros centros de salud, sí. Entonces, hemos encontrado con parteras que saben, o sea, cuando tienen una hemorragia sabe la partera que ella no va a poder atender, pero la paciente le dice "Yo no me voy a un hospital", sí. "No me voy a ir al hospital" y no le queda más que atender a la partera, realmente no sabe qué le va a hacer... (PS47GRO).



Otro de los obstáculos para un adecuado vínculo entre parteras y personal de salud tiene que ver con la gravedad de las problemáticas de salud materna que se enfrentan en estas regiones, siendo Costa Chica y Guerrero los lugares donde históricamente ha habido una mayor incidencia de casos de muerte materna, así como de embarazos adolescentes y matrimonios forzados:

... estuvo 3, 4 días en terapia intensiva (...) su padecimiento es que tenía un áscaris en el hígado, que se obstruyó, por eso se pone icterica y a lo último, no sé dicen que recibieron una llamada de que la sacaran, que ellos no iban a aceptar remedios. Y ahora sí, que la dieron de alta voluntaria, la paciente se vino, contrataron una ambulancia particular, llegaron a la comunidad y allí la paciente falleció, falleció la paciente de 17 años (PS42GRO).

Una mujer de 16 años, que no está su esposo aquí, que se quedó al cuidado de la suegra y que la suegra no quiere venir porque le hace daño el carro y su mamá no puede decir "adelante", porque estamos esperando a la suegra, se puede morir en la sala de espera o en la sala de urgencias, porque no puede tomar esa decisión. Y eso es algo que realmente nos demora. Si como mujer no hacemos conciencia desde pequeña que en el momento que yo esté embarazada es mi responsabilidad, de verdad, no vamos a lograr disminuir las muertes maternas, ni la morbilidad materna severa. Porque saben que están embarazadas, saben que se están poniendo pálidas, saben que están sangrando y no nos buscan (...) de verdad a veces es muy triste ver que ni siquiera se desparasitan una vez al año, y sí estamos ahí insistiendo "desparasítate, desparasítate", no lo hacen y que eso haya desencadenado la defunción de una persona, es realmente triste y se siente mucha impotencia. (PS44GRO).

En algunos casos el personal afirma que la mayor parte de muertes maternas suceden con parteras, no obstante, los datos no arrojan una relación causal entre morbimortalidad materna y atención con parteras. Sin embargo, en algunas narraciones del personal de salud imputan la responsabilidad a las parteras o a la resistencia que las propias mujeres o familias tienen respecto a la atención médica institucional:

porque la mayoría de las muertes maternas ha sido por parteras tradicionales, sí. La última que tuvimos fue en (...) en una localidad de (...), la vio la partera y esa partera ya lleva dos muertes maternas (PS44GRO).

E: ¿qué porcentaje de las muertes maternas son con parteras?

PS: En porcentaje no se lo pueda dar, ahorita no tengo un número exacto, pero, por ejemplo, de las ocho muertes maternas que ahorita llevamos en la Montaña al menos en dos se han visto involucradas las parteras (PS48GRO).

Aunado a lo anterior, se evidenció el prejuicio del personal de salud respecto al conocimiento y las prácticas que desarrolla la partera tradicional. De hecho, una parte del personal de Guerrero califica como empírico su saber, lo cual es cierto porque buena parte deriva de la



experiencia, pero lo hacen desdeñándolo respecto a los conocimientos que maneja el personal de salud y validando sólo los saberes biomédicos:

... Pero muchas veces las mismas parteras les dan que sus tés, que sus tés de canela, de epazote, en donde pues lo que se sabe, no la tactan, no saben cuánto tiene de dilatación. Entonces las parteras prácticamente son empíricas y la capacitación que se está dando hoy, y que vamos a recorrer todas las localidades, para que se capaciten y puedan captar o por lo menos saber cuándo ya deben de pujar y cuándo todavía no, y cuando tengan ellas alguna duda, alguna complicación, que saben que la paciente no va a salir pues mejor mandarla al centro de salud o al hospital o al centro de salud (PS42GRO).

La única finalidad que tenemos nosotros como salud es preservar la vida, no quitarla, preservarla. Y si te tengo que hacer una cirugía para sacar al bebé porque viene atravesado, lo tengo que hacer, no va a salir de otro modo. Aunque en ese momento la partera, muy experta, trate de voltearlo, sí, pero también me voltea la placenta, también enreda el cordón en el bebé y nace el bebé y nace con el cordón en el cuello, o se enlaza el cordón en el piecito del bebé por haberlo volteado y cuando nace me tengo que traer la placenta, y muchas veces se viene el útero, y trae complicaciones (PS44GRO).

Dichos prejuicios por parte del personal de salud también se expresan en referencias, por ejemplo, a las condiciones en que supuestamente las parteras atienden sus partos:

La manera en cómo atienden sus partos, pues es una manera realmente muy insalubre, muy, muy insalubre, ellas no usan guantes de protección atienden el parto así nada más. Y el lugar, bueno, es la casa... la embarazada y en las condiciones pues es donde la embarazada se acuesta, normalmente es en el piso. Es namás sobre sábanas y no son sábanas que, que están limpias para la ocasión y no es la sábana que están usando (PS44GRO).

Desventaja es precisamente que no están capacitadas y la insalubridad y el hecho de que ya cuando ven un problema en lugar de afrontarlo o avisarnos, mienten, sí, sí (PS48GRO).

Relacionado con lo anterior es diciente que solo algunos entrevistados reconozcan las limitaciones que tiene el propio sector salud en cuanto a recursos y personal, además de la dificultad que genera el no atender partos en Centros de Salud u hospitales básicos comunitarios, o sea, en el primer nivel:

Bueno, tenemos ginecólogo en la mañana y en la tarde, el anesthesiólogo a veces nada más en la mañana, pero cuando así pues lo mandamos a traer por la urgencia. No tenemos banco de sangre (PS42GRO).



(En el Hospital Regional) ... estamos atendiendo aproximadamente un 70-80%, los hospitales básicos no te atienden partos, las unidades de salud tampoco te atienden parto, todo lo mandan al hospital, todo. Incluso, no sé, desconozco la causa, si es por conocimiento, si es por temor... por miedo o por que se le ha practicado... se le ha juzgado al médico que ha atendido a una muerte materna y queda con el temor. Entonces ellos lo que prefieren es mandarla, darle lo que saben, a menos que si llega ella perineando, la atienden, no les queda de otra. Pero sí hay esa problemática y ellos se justifican que por el material (PS56GRO).

Algunos responsables de programas de partería y salud materna hacen mención del rechazo que otros miembros del equipo de salud tienen hacia las parteras tradicionales, situación preocupante y que ratifica la mirada jerárquica y discriminatoria que se reproduce al interior de los servicios de salud:

Sí, hay personal que rechaza, sí, a la partera tradicional, ¿sí? Tenemos, tuvimos una, una capacitación hace, el mes pasado y un médico así muy tajante, o sea, dijo "Yo con parteras nada", ¿sí? Dice "Yo no trabajo con parteras, yo no voy a trabajar con parteras". Entonces, ahí nosotros les decimos que, pues, es una de sus funciones, ¿sí? Trabajar con las parteras, ¿sí? No verla como una persona, como si fuera mi rival, no verla como una persona que, que este me está quitando mi trabajo porque no lo está quitando, al contrario, lo está apoyando porque está atendiendo embarazadas que él no está atendiendo (PS47GRO).

... considero que el personal de salud no se pone a la altura de la partera, todavía mantenemos eso de que yo soy el médico y se hace lo que yo quiero, Sí, la jerarquía y para poder llegarles es: "a ver, los dos estamos a la par y vamos a interactuar así" y eso se percibe, lo perciben ellas también y también eso marca un rechazo. Ella tiene muchísima experiencia y parteras de verdad con muchísima experiencia, muy buenas parteras y eso lo que ellas en las veces que hemos dicho es eso. Los doctores y el médico consideran que él solamente tiene la razón (PS48GRO).

Otra barrera tiene que ver con la desconfianza de las parteras tradicionales respecto a reportar información al sector salud. Aunque existen registros y censos de parteras en ambas jurisdicciones, el personal de salud manifiesta que algunas parteras no se quieren vincular. Sumado a que muchas veces el personal de las unidades no logra identificar adecuadamente a las parteras en su localidad o área de acción:

Nosotros Secretaría de Salud buscamos parteras tradicionales y a veces las señoras se niegan, que no son parteras, sí. ¿y por qué? Porque piensan que a lo mejor va a asumir alguna responsabilidad con nosotros, ¿por qué? Porque dicen que nosotros no les pagamos, sí. Entonces, hay situaciones, perdón, hay localidades en donde las parteras se niegan a decir que son parteras, sí (PS47GRO).



... hay una, una separación entre el personal de salud y las parteras tradicionales, ¿por qué? Porque las parteras tradicionales, bueno cobran su servicio y consideran que en el momento en que ellas den información al personal de salud, como que el personal las va a agarrar como propias y ya no van a acudir con ellas. Entonces, ese es una limitante para que ellos nos den información, el considerar que les vamos a quitar su ingreso (PS48GRO).

Otro aspecto, al cual se atribuye la debilidad o distancia entre parteras tradicionales-sector salud tiene que ver con la falta de recursos para trabajar con ellas y la necesidad que manifiestan las parteras respecto a la obtención de apoyos económicos:

... no acuden porque no hay un recurso económico, una paga dicen ellas porque para ellas ese es un día perdido. Entonces, requieren la paga de ese día, requieren el traslado, requieren la alimentación y si van es porque se les va a dar algo. Las personas están muy acostumbradas a que sí yo voy, pero dame, dame algo. Estuvimos dando maletines y, con lo básico para que ellas pudieran atender y les ofertamos darles gasas, guantes y estarlas capacitando, pero para ellas eso no es, no es lo que ellas requieren. Ellas requieren que uno les diga "Cada vez que tú vengas a capacitarte te voy a dar un pago", sí. Entonces, sí también, estar trabajando contra eso es bastante difícil (PS48GRO).

Por su parte, dentro de las problemáticas expresadas por parteras tradicionales se manifiesta que ellas atienden incluso enfrentando señalamientos, negativas y prohibiciones explícitas por parte del personal del sector salud. No obstante estos obstáculos, las parteras mencionan que siguen atendiendo las peticiones y necesidades de las mujeres, por ejemplo, el acomodar al bebé o en la misma atención de partos:

Que el bebé le dice el médico que está atravesado y gracias a Dios, quién sabe que, mi bebé estaba bien o como él, el comisario. El vino, su primer bebé le dijeron que estaba atravesado y vino, "ay doña...". "No se preocupe, que todo está bien." Se lo arregle y se fue y ya ahora él está muy contento. Me dice, "doña..., le debo mucho", me dice. Sí, y yo como digo, ellos que digan, yo no sé nada (...) Ellos me dicen, ustedes ya no atiendan, eso sí, no sé por qué, pero he notado que nos dicen "usted no atienda, usted no atienda". Y yo le digo a mi esposo "llegada la vez si una persona viene con su dolor y ya y lo va a echar, ni modos que le diga ¡Detenlo!" (090GRO).

Le digo aquí en el hospital está una persona que habla mal de la partera y más o menos le dije al doctor quien es para que le llamen la atención, una enfermera que va a la mujer a decir que ya no vaya con la partera, que no busque partera, que se venga aquí con doctor porque en el último caso a una mujer de quizá, el año pasado va a tener, la niña tuvo años, a ella le dieron su pase porque la niña venía sentada y ella tenía la duda de que no quiere esperar, se vino para acá y me dijo – quiero que me atiendas -. Ojalá, Dios, quiera, le digo - si tiene líquido todavía que se pueda dar la vuelta si no hay líquido ya no, por más que tú quieras normal -, y lo hice pues (066GRO).



3.4. Capacitación y registro de parteras

Imagen 1. Capacitación e intercambio de saberes entre personal de salud y parteras tradicionales. Buenavista, San Luis Acatlán, Guerrero, octubre de 2022



Fuente: Dra. Adriana Lozano, comunidad de Buenavista, SLA, Guerrero, octubre de 2022

Una de las principales estrategias con las cuales el sector salud se relaciona con las parteras tradicionales es la capacitación, la cual se identifica como prioridad debido a que las comunidades y las mujeres demandan la atención de las parteras; aunque el personal de salud reconoce esta realidad, algunos la califican como un obstáculo:

Es muy difícil porque aun habiendo unidades de salud y habiendo personal de salud todavía la atención sigue hacia la partera, yo creo que aquí sería sensibilizarlas para que aceptarán la capacitación y acercamiento a la Secretaría, saber que ellas sepan hasta dónde tienen un límite y ya pasando ese límite ya decir "Sabé qué ya doctor-doc-tora te dejo a está embarazada o este parto yo no lo atiendo (PS48GRO).

Aunque vale la pena mencionar que algunas de las personas entrevistadas también replantean el significado mismo del término capacitación, cuestionando métodos que fueron usados anteriormente:



... bueno no es capacitación es intercambio de saberes ¿por qué? Porque ya no va a haber "vamos a capacitar" porque una partera me decía – es que capacitar se oye feo y no nos gusta porque cómo tú me vas a enseñar con tu ego de médico que tú sabes más que yo-. Eso fue en una charla que tuvimos y sí es cierto, entonces ahora es intercambio de saberes porque vamos a transmitir los mensajes y conocimientos que tenga el personal de salud hacia la partería y la partería a nosotros (PS37GRO).

Estamos tratando de incorporarlas (...) ya conoces a lo que va enfocado el intercambio de saberes. Yo no sé, igual a ti, tú no sabes igual a mí, pero si juntamos nuestro conocimiento vamos a tener un enriquecimiento mutuo a eso va enfocado el intercambio de saberes (PS38GRO).

No obstante, al indagar sobre los contenidos se encuentra que los temas y metodologías son definidos de manera vertical con una perspectiva predominantemente biomédica:

... los temas que vemos, por lo regular es placenta previa, parto humanizado, partos normales, hemorragias, son los temas que más vemos aquí y lo que les enseñamos cómo tomar la presión. Porque son, más que nada nos enfocamos en las comorbilidades que tenemos aquí y los padecimientos que de alguna manera hemos tenido las muertes maternas (PS47GRO)

...la indicación ahorita es del acercamiento, busquen el acercamiento y capacítenlas, ¿en qué temas? Desde el lavado de manos, los datos de alarma en el embarazo, en parto, en el puerperio y en la persona recién nacida, la atención del parto, las hemorragias, qué hace en caso de hemorragias, prácticamente se basa en eso (PS48GRO).

Es ilustrativo también que dentro del sector salud se normalice el hecho de que el personal médico es el encargado de capacitar a las parteras. Al respecto, se menciona que en unos casos es responsabilidad del personal del nivel jurisdiccional y, en otros casos, se delega en los médicos de las unidades locales, que vale la pena mencionar en la mayoría de ocasiones es personal recién egresado:

hicimos una capacitación apenas en el mes de junio, las hacemos una vez al año. Se suspendió nada más cuando estuvo la pandemia así más fuerte, ya ahorita las retomamos. Y como no son muchas, sí las hacemos a las dos que bajen aquí y ya las capacitamos nosotros mismos, porque al menos en el tiempo que estoy yo, dicen que anteriormente las capacitaban por parte de la Jurisdicción, creo. Pero desde que estoy yo no, las hemos capacitado nosotros (PS45GRO).

En el aspecto del registro, en las dos jurisdicciones se reportó la realización de censos de parteras tradicionales por parte del personal encargado del programa. Este proceso de registro está vinculado a que las parteras asistan a las capacitaciones, sean conocidas y reporten información al personal de la unidad de salud de su área de acción. Entre los datos que reportan las unidades médicas está la existencia de parteras activas, capacitadas y que



informan, así como sus atenciones en el embarazo, parto, puerperio o en situaciones donde se presenten complicaciones:

Tenemos un censo de las parteras de las que están activas de esas que, de las parteras que están activas son más de 300 y ahorita en este momento están por terminar, terminándose de capacitar. ¿Cómo las identificamos? bueno el personal de salud nos envía el nombre completo, su identificación oficial, todo eso para que tenga un registro de que sea confiable porque, a veces, tomamos mal los datos, el nombre y ya no es la partera. Entonces, normalmente las identifican el personal de salud como la partera activa y sabemos que está activa porque está atendiendo partos porque tiene comunicación con el personal de salud. Una vez identificada esta información la actualizamos cada mes y de los partos ya atendidos (PS37GRO).

Tenemos un censo de parteras tradicionales y en base a ese censo los compañeros nos... nos los realizan iniciando el año en enero y se actualiza en el mes de junio; dos veces al año nos los entregan, sí, porque, bueno, pueden pasar muchas situaciones y a lo mejor la partera falleció o la partera ya emigró, o sea situaciones. Entonces, por eso se le pide la actualización a los 6 meses (PS47GRO).

Para el registro se encontraron situaciones donde el número de parteras en los censos no necesariamente refleja el total de parteras de la localidad. El personal manifiesta que hay problemáticas pues hay lugares donde algunas parteras atienden sin reportar a la unidad médica, o donde hay nuevas parteras que no han sido captadas, además de bajas que no se han reportado:

Nosotros tenemos registradas a las parteras que sabemos que están realizando parte-ría, que están recibiendo bebés o que están sobando o que están panceando. Y las que nos dan la información son algunas de ellas, algunas que todavía siguen. Las que yo les comento que son las tías, las abuelas, esas no nos dan información, entonces se fugan o hay un sub-registro de las actividades de ellas, entonces no es tanto. Tenemos nues-tro Censo, sí. Sabemos cuántas hay aproximadamente por municipio pero sabemos también que hay más pero que no están registradas y que nunca han sido capacitadas (PS44GRO).

Entonces, ahí ya vamos depurando el censo, pero lo hacemos mediante un oficio. Un oficio donde la unidad de salud y el comisariado dicen que esta partera ya no está ejerciendo funciones, así solamente es cuando la damos de baja del censo que tenemos previamente con su observación de que por edad o defunción ya ésta partera ya no atiende partos (PS37GRO).

Nosotros aquí tenemos un registro de las parteras tradicionales que tenemos prác-ticamente cautivas, que el personal, que ellas se reconocen y que el personal las tiene, las tiene cautivas, sin embargo, no tenemos el registro de las actividades que ellas rea-lizan (PS48GRO).



...cada año depuramos por decirlo así, si hubo un fallecimiento, si alguna partera ya está grande y dice: "ya no quiero atender" se depuran, se dan de baja, o al contrario si encontramos a una partera, una persona que atendió un parto y no la tenemos registrada la ingresamos como partera (...) pero eso cuando nos enteramos mediante las que parieron. Pero cuando nada más hay así y dicen "soy partera" pero nunca voy al centro de salud a decirle al doctor "yo soy partera, me estoy capacitando para esto, mi abuelita fue partera y me enseñó y yo ya atendí a fulana de tal", pues si no lo dicen nosotros no nos damos cuenta (PS65GRO).

Se emplean diferentes estrategias para censar a parteras, tales como la notificación a autoridades comunitarias, y las solicitudes formales de oficios de actualización de censos de parteras a los responsables de Centros de Salud:

... nosotros le pedimos a los comisarios que nos digan quiénes son las parteras, porque en primer lugar las parteras están reconocidas por las autoridades, si ellas no se identifican en la comunidad, no se identifican con la unidad de salud, ¿Cómo vamos a saber que es partera? Entonces, aunque a nosotros nos digan "soy partera", para nosotros no es creíble porque nunca te has acercado, ninguna de las embarazadas que yo tengo ha hablado de ti, ese es el detalle para nosotros con las parteras que no tenemos en el censo (PS65GRO).

Si me dice una unidad "Es que no tengo parteras", ¿sí? ¡Ah!, ¿no tienes parteras tradicionales? No. ¿Quién atiende los partos en tu comunidad? Muchos me dicen, "Es que se ven (...), es que se van al municipio". Ok, entonces, tú me vas a hacer un oficio donde tu comisario te va a firmar y te va a sellar que realmente tú no tienes parteras, ¿sí? No me entregas un censo, pero me entregas un oficio y así, así les enseñamos (PS47GRO).

También se presiona a las parteras con el registro afirmando que es un requisito indispensable ante el sector salud:

...pero no se quieren registrar con nosotros, nada más acuden allá. Entonces les decimos "no, es que tienen que registrarse desde el primer momento que asumas una, desde el primer momento en el que atiendes un parto es porque estás tomando una responsabilidad y debes estar capacitada ante cualquier situación que se te pueda presentar". Así es que de esa capacitación también vamos a sacar un censo más real de lo que teníamos, eso nos va a ayudar (PS50GRO).

3.5. Certificados de nacimiento

En las dos jurisdicciones el personal de salud manifiesta que no existe dificultad alguna para la expedición de certificados de nacimiento cuando el parto es atendido por partera tradicional:



Hasta ahorita nadie, nadie nos ha reportado que tengan algún problema. Sí, nadie, sí. Como lo vuelvo a repetir, aquí por lo regular o lo hace el médico o lo hace el comisario de localidad donde el certifica que realmente es la mamá del producto y ella, y él hace la constancia. Que sí, pues, la constancia con esa constancia ella va al registro civil y registra su niño sin ningún problema. Hasta ahorita no hemos tenido ningún problema en ese sentido (PS47GRO).

No, no hemos tenido ningún problema. Con los certificados no hemos tenido problemas. Al menos si es una paciente que ha parido en el trayecto de la casa al hospital, quien emite ese certificado también es la jurisdicción. Dentro del hospital, pasando de la puerta hacia adentro, puede ser en el pasillo, puede ser en el pasto, puede ser en el baño, puede ser en la silla de ruedas, lo emite el hospital (PS56GRO).

En especial los responsables de salud materna y partería hacen explícita una ruta para la expedición del Certificado. En primer lugar, está un documento que se denomina Notificación del nacimiento o también Hoja de alumbramiento la cual es expedida por la partera tradicional, dicho documento es canjeado en las unidades de salud (Centros, Hospitales o las propias Jurisdicciones) siempre y cuando se cumpla con los tiempos establecidos, sin embargo, no hay certeza de si se trata de un plazo exacto de seis meses:

... las parteras de la comunidad, se les da al centro de salud y ya ellas van, el niño va y la doctora tiene que hacerle toda su documentación (PS42GRO).

Respecto al Certificado de Nacimiento, se manifiesta que puede ser diligenciado por el personal médico o parteras profesionales que laboren en las unidades de salud de la Secretaría. En algunos lugares se solicitan constancias directamente con las autoridades de las comunidades:

Nosotros pedimos que la autoridad sea quien defina, si la autoridad; si no, no, no los podemos extender. De hecho, en, cuando se empezaron a implementar los certificados de nacimiento aquí en la región... yo tenía ese programa de los certificados de nacimiento y la indicación ya que venía ya estipulada era de que no se iban a dar por el tráfico de niños hasta que ya lo establecieron una autoridad, entonces ya los podíamos registrar y, aparte tenemos un tiempo para registrar para que nosotros extendamos un certificado, después de ese tiempo que son 6 meses al parecer, - no recuerdo bien - ya nosotros ya no podemos extenderlo, ya los mandamos al registro civil y ya ellos hacen el trámite...(PS48GRO).

En cuanto a los campos donde se registra quién atiende el parto, se asegura que cuando el parto es atendido por partera esto se reporta de manera adecuada:

Para sacar el Certificado de Nacimiento hay un rubro donde viene especificado quién atendió tu parto, ahí marca el médico de la unidad, familiar: Otro dice y partera. Entonces, en ningún momento queda marcada como productividad de nosotros, sino que



viene avalado por un médico, igual para que te lo extiendan tienes que llevar tu notificación de nacimiento y tu CURP, es así como se canjea (PS38GRO).

En aquellos casos donde se vencen los tiempos especificados, cuando no hay un documento de la partera o constancia de alguna autoridad, se activa otro tipo de trámite directamente con el registro civil, lo que incluye costos y dificultades para las familias:

Porque hasta cierta, ciertos meses es gratuito el trámite. Nosotros de hecho no cobramos lo extendemos sin cobrar, pero ya el registro, todo lo que hacen hay sí les cobran y ellos también tienen ciertos meses para que no les cobren, sí lo hacen después ya ellos pagan en el registro y hacen todo. Entonces aquí sí ya pasaron de ese tiempo, ya nosotros ya no, ya no nos involucramos, pero claro, todo eso fue un proceso (...) Si a nosotros nos consta no pedimos ningún documento (PS48GRO).

En ocasiones no es que se tarden, bueno, lo que pasa es que los certificados nos dan cierta cantidad, se regresan y nos vuelven a dar más. Pero hay muchas ocasiones en que el familiar no le da la importancia al registro, ya le preocupa cuando ya va a entrar a la primaria o va a entrar al preescolar y para eso ya no es tan fácil dárselos, es un poquito complicado. Así es que ahí yo diría que están violando hasta cierto punto los derechos de los niños, porque un niño debe estar registrado (PS50GRO).

Por parte de las parteras, ellas mencionan que en épocas anteriores no había como tal un documento escrito que ellas emitieran y las complicaciones para realizar el registro en ese tiempo tenía que ver más con las distancias geográficas:

*P1: Nada más ellas les daban los datos, los datos se daban aquí en el Centro de Salud
P2: Aquí se daban, pero como tardaban en salir, los señores si sabían que aquél estaba ensillando su caballo y se iba (...), le decían – fulano regístrame a mi hijo, se va a llamar fulano -, ajá y allá ya no se acordaba y le ponía otro nombre. Ese es el problema que tenemos en el libro: hijo de fulano sin apellido y de mengano y el niño se llama Juan ¿cómo se apellida? quien sabe. El problema y luego, decía un tío mío (...) dice – oye amigo -, apenas corregí un acta (...) dice mi papá que cada que iba a registrar a un niño se emborrachaba con el del Registro y ya no le ponía completo el dato ni nada (O65GRO).*

Actualmente las parteras entregan la hoja de alumbramiento a los padres del niño o niña, quienes posteriormente se acercan al hospital para acceder al certificado:

E: ¿La hoja de alumbramiento?

P: La esa, no ves que tengo dar esa hoja, a eso le pido copia y la tengo guardado

E: Ah ya, y cuando una niña o un niño nace con usted y le da esa hoja de alumbramiento en el Registro Civil, ¿sí se la aceptan, sí la registran?

P: Sí, sí

E2: ¿Aquí no tienen problemas para atenderse con una partera y que no los quieran registrar en el Registro Civil?



P: No porque con esos papeles que le hago, la huella, lo lleva al hospital toma como el conocimiento

E: Y en el hospital se lo cambian por el Certificado

P: Ajá, le dan otro papel me imagino (O66GRO).

4. OTROS HALLAZGOS GENERALES

4.1. Actualidad del sector salud

Se evidencia entre el personal de salud la preocupación por el proceso de cambio en las políticas del sector salud y los impactos producto de la transición del Seguro Popular al Instituto de Salud para el Bienestar-INSABI. Por otro lado, aunque existen nuevos lineamientos (Programa de Acción Específico-PAE de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024), en el nivel local se sigue mencionando la continuidad de estrategias, tales como las Posadas Amigas de la Mujer Embarazada-AME, así como de lo que se conoció como Madrinas Obstétricas del otrora Programa Arranque Parejo en la Vida-APV:

Lo que es el componente comunitario también trabajamos con las que son madrinas, padrinos obstétricos, ahí nuestra función es ir a buscar a nuestras embarazadas en la localidad e identificarlas más que nada y darles el acompañamiento a esas embarazadas, primero identificarlas, darles el acompañamiento ya se les designa madrina o padrino a alguien de su entera confianza, sí más que nada aquí es importante la confianza para que la acompañen a las consultas esa es una parte de los padrinos y las madrinas, luego el llenado de lo que es el plan de seguridad (PS37GRO).

... Si hablamos de lo que es posada AME y traslados Ame, por favor, por ejemplo, en los traslados el personal sabe que pacientes son para trasladar, nos avisan, hacemos enlaces con los hospitales, nos reciben a las embarazadas, a las puérperas, ya cuando se resuelve, también regresamos a la usuaria a su localidad (PS48GRO).

Actualmente, está operando el lineamiento de las Salas de Labor, Parto y Recuperación o Salas LPR para algunos hospitales, sin embargo, varios de los entrevistados mencionan que la contratación de personal para este programa fue temporal o en algunos casos no se ha puesto en marcha:

Nada más nos dijeron "Se va a aperturar esta sala, nos va a llegar personal capacitado" tengo entendido que las parteras que nos llegaron habían estado trabajando en hospital de partería en Tlapa, una de ellas, y la otra en Chilpancingo, nos llegaron tres médicos, una enfermera perinatóloga, dos parteras profesionales, un traductor, una brigadista, en total eran como 11 personas. Pero tres meses, después de esos tres meses como que... no sé si el proyecto no se asentó bien o qué pasó, pero ya no hubo recurso y no se contrató a todo el personal, nada más tenemos ahorita dos parteras profesionales...(PS50GRO).



Tenemos la esperanza de traer un proyecto aquí (...) del LPR. El proyecto sí estamos... nos vinieron a evaluar a nivel federal y sí estamos, sí aprobamos para la estrategia LPR, sí me van a mandar más médicos, sí me van a mandar más enfermeras, sí me van a mandar más parteras, pero ¿cuándo? No lo sabré... cuando, no lo sabré, pero sí estamos contemplados, sobre todo, como un plan estratégico por la zona en la que nos encontramos...(PS56GRO).

Como parte de los problemas estructurales de los servicios, también se reporta la falta de recursos para contratación de la plantilla básica para la atención de embarazos, partos y puerperios dentro de las unidades de salud:

No hay recurso para eso (...) tenemos mucho que hacer, muchas cosas que se han dejado de hacer. Teníamos ya un 60 o 70% el proyecto de la estructura exclusivamente de un parto humanizado, no lo hemos concluido, no tengo parteras, no tengo personal, no tengo el recurso humano para poder cumplir todas las necesidades de las pacientes que lleguen a cualquier hora. El hospital se divide en cuatro hospitales diferentes, turno de la mañana, tarde-noche, la noche contraria y pareciera que solamente es uno (PS56GRO).

4.2. Políticas y programas

Se identificaron aspectos claves de cómo se organizan estas dos jurisdicciones sanitarias frente al tema de partería. Aquí es clave ubicar que las acciones con las parteras tradicionales están dentro del componente comunitario del programa de Salud Materna y este a su vez hace parte de las coordinaciones o direcciones encargadas de Salud Reproductiva a nivel jurisdiccional.

Estas coordinaciones operan diversas acciones y estrategias, entre las que están: tamiz neonatal, lactancia materna, control prenatal, detección y control de VIH, planificación familiar, cáncer de la mujer, aborto seguro y violencia de género. Lo anterior, implica una gran carga de trabajo para los responsables en los diferentes niveles de los servicios de salud (jurisdicción, hospital o centros de salud):

Porque son muchos programas, ¿sí? Aquí hay personal por cada programa, en un centro de salud es un solo médico y una sola enfermera que ve todos los programas. Sí, es mucha carga de trabajo y todavía salir a buscar a las parteras ir a capacitarlas y para ellos, pues es más trabajo (PS47GRO).

En materia de salud materna también se mencionaron las ventajas de programas y estrategias que venían desde antes, por ejemplo, lo que antes se trabajaba como el Modelo 10 y que fue impulsado por parte del CNEGSR con recursos del nivel federal:



Se daba con recurso radicado desde nivel central hasta las jurisdicciones y se les capacitaba a todas las parteras y se les daba un botiquín o un maletín. Era un maletín donde iba un baumanómetro, cintas para cordón umbilical, iba también un onfalotomo, algunas tuvieron también la suerte de tener un onfalotomo, algunas ya no. también iban, se les enseñaba un estetoscopio, se les daba un poquito de material de curación para que hicieran sobre todo el corte del cordón umbilical (...) Eso fue hasta hace como unos tres-cuatro años, a partir de este año, de hace dos años, ya no fue así, desafortunadamente pues cambió el modelo (PS44GRO).

Frente al programa de traductores o intérpretes de lengua indígena dentro de los hospitales, aunque durante varios años constituyó una experiencia exitosa, hoy día el personal reporta que no se ha dado continuidad y vienen desapareciendo producto de los recortes presupuestales de nivel federal:

*E. ¿Acá tienen en la jurisdicción un rubro, un recurso para traductores o intérpretes?
-Teníamos en los hospitales de la madre, en el general que les llamamos nosotros enlaces...Desafortunadamente, con este cambio de gobierno nos quitaron a esas personas, esas dos compañeras, teníamos de la lengua mixteca y tlapaneca (PS47GRO).*

4.3. Otras parteras

En Guerrero, y en particular en estas dos jurisdicciones, también ha sido importante la vinculación con otros modelos de partería, principalmente a partir de la creación la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero ubicada en Tlapa de Comonfort:

Tenemos parteras profesionales ubicadas en el Hospital General de Ometepec, en el Hospital General de Ayutla y en el Hospital de la comunidad de San Luis Acatlán, y déjeme decirle que teníamos más parteras profesionales antes del recorte que tuvimos en el mes de mayo-junio (...)

Entonces, en estos años se le ha dado más importancia a la partera, la figura de la partera es muy importante desde siempre ha sido importante, ahora ya contamos con parteras profesionales, las cuales ya están laborando, pero en el hospital, de hecho, a través de las capacitaciones intercambio de saberes en las que pudimos acudir nosotros como personal de jurisdicción se les dijo a ellas y a los médicos de la unidad -permite que la partera si ella quiere atender el parto en el Centro de Salud, las puertas están abiertas para la partera...(PS37GRO).

También se mencionó que hasta 2019 las parteras técnicas-profesionales egresadas habían sido contratadas con recursos etiquetados dentro de los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas-AFASPES, sin embargo, actualmente se menciona que los recursos provienen del INSABI:



Son contratos, con de contrato ellas nada más tenemos en el municipio de Cochoapa, Metlatónoc, Olinalá, Copatatoyac, Zapotitlán Tablas, Acatepec, tenemos parteras profesionales ya de contrato, sí. Y ahorita, precisamente la semana pasada nos llegaron pasantes de partería (PS47GRO).

Los contratos por ellas son por seis, por seis, descansan un mes y luego vuelven a... por cinco, descansan un mes y la vuelven a contratar otros cinco meses más. O sea, son cortados, son interrumpidos los contratos (...) contratadas por INSABI, como contrato temporal (PS56GRO).

5. BUENAS PRÁCTICAS, APRENDIZAJES Y RECOMENDACIONES

Si bien se identificó la barrera de la discriminación por parte de mucho personal de salud, también hay que resaltar como una experiencia positiva la disposición del personal que está a cargo de las parteras a nivel jurisdiccional y en algunas unidades hospitalarias. Justamente este personal expresó nudos críticos en la relación, pero a su vez evidenció su interés por promover mecanismos cotidianos para el intercambio de saberes, así como para lograr una mejor coordinación con las parteras tradicionales; esta última desde el entendido que cada actor juega un rol en la atención pero que se requiere del acompañamiento del personal médico ante una eventual emergencia obstétrica:

Con parteras el acercamiento a ellas, el conocer cómo trabajan, el conocer sus necesidades, el ver cómo atienden, los rituales que llevan a cabo (PS38GRO).

Por eso les decimos, cuando vayan a atender un parto, por más normal que ustedes crean que es, avísenle al médico para que esté pendiente, por cualquier situación inmediatamente trasladarla (PS44GRO).

Igual tenemos alguna partera que sabemos que no y en lugar de, ora sí, de verla como una persona que nos está obstruyendo un trabajo, podemos hacer, trabajar en conjunto con la partera, sí, o sea, tener ora sí la cercanía con ellas, capacitarlas y decirle "Bueno, vamos a trabajar en conjunto, o sea, ¿usted cuántas embarazadas está viendo? sí. Yo le doy seguimiento en el centro de salud y yo no interfiere si usted cobra o no ha cobrado, ese ya es decisión de usted" y así. Sí la partera dice "Yo voy a atender el parto", bueno a acompañar a la partera, o sea, usted no va a intervenir en nada, o sea, usted nada más va a observar, si se le llega a complicar a la partera la embarazada, entonces usted ya va a intervenir, pero mientras usted nada más va a observar (PS47GRO).

Dentro de las propuestas, es interesante que algunos responsables de salud materna afirmen que hay apertura de las unidades de salud para las atenciones que brindan las parteras y que se promueve la atención de acuerdo con la elección de las mujeres:



Ahora, si tu partera quieres atender el parto y lo quieres atender aquí, aquí está todo para que la atiendas de pie, sentada, en cuclillas, como tú lo consideres mejor, acá está incluso hasta agua caliente, porque se bañan con agua caliente. Se les ha proporcionado todo (PS44GRO).

... con las parteras nos hemos reunido, con las parteras hemos platicado, hemos incluso... les hemos dado talleres donde se les ha invitado a que asistan al hospital y siempre dándoles la confianza "Este es mi número de teléfono, si ves que es un sangrado que no es normal, llámame, te mando la ambulancia, pero hay que prevenir esa muerte", les damos talleres, le damos consejería y, sobre todo, también la empoderamos. La invitamos a que vaya al hospital, pero también la invitamos a que se una con nosotros, que sean nuestras aliadas...(..) ellas nos avisan "Llevo una paciente sangrando" nosotros avisamos al servicio de urgencia y ya la están esperando. Hemos trabajado mucho en eso, hemos también trabajado donde el personal médico tiene que ser sensible, donde el médico que esté al frente, el médico que esté en TRIAGE, tiene que saber, una, que sepa atender una urgencia, una emergencia, y tiene que también ser sensible con las mujeres y tiene que estar a favor de la mujer (PS56GRO).

Pese a las limitaciones que se enfrentan en materia financiera, también se identificaron buenas prácticas en la articulación con autoridades locales, por ejemplo, llevando a cabo alianzas para la realización de capacitaciones y adquisición de algunos materiales para las parteras. En este mismo sentido, se insiste en que la resolución de las problemáticas de salud materna debe contar con programas intersectoriales:

... una coordinación intersectorial, tanto asuntos indígenas como derechos humanos, tanto las asociaciones civiles y salud, porque debe de haber conciencia en el seno de una familia (PS44GRO).

Se reitera por parte de la mayor parte de personal entrevistado que debe haber apoyos económicos para las parteras, así como procesos de credencialización, sin embargo, también se encuentran divergencias y referencias a que las parteras no son personal de salud:

...yo le he comentado a la coordinadora que hiciéramos lo posible porque ellas tuvieran una identificación para que, al llegar al hospital, saco mi credencial y me identifico como partera y ahora si mira... (PS65GRO).

La Secretaría de Salud no las reconoce como su personal porque no les está dando un pago, entonces no puede extenderles una credencial como tal y las becas tampoco se, de que te voy a estar apoyando y te voy a estar apoyando, no. Sí se algunos municipios que en algunas capacitaciones los apoyan dándoles un...un incentivo. Sí, nada más, pero pues ya es por parte, a veces llegamos a hacer convenios con los presidentes y dicen "Bueno, pues les voy a dar para su traslado o voy a andar un carro por todas, así voy a hacer recorrido y las voy a bajar" o les llegan a dar despensas, "Sí vas voy a dar una despensa", pero bueno, también es parte de... se recibe un beneficio porque las ca-



pacitamos, pero a la vez las seguimos mal acostumbrando... porque es y ya la vez ya me dieron aunque sea una despensa y ahora que más, que más, y no quieren trabajar si no es que les tengamos que dar algo (PS48GRO).

Finalmente, se propone la contratación de intérpretes de las principales lenguas indígenas en las unidades de salud, así como fortalecer la integración de parteras profesionales en los equipos de salud de hospitales y jurisdicciones. Para garantizar lo anterior se requeriría de un recurso etiquetado para la disponibilidad y continuidad de personal en todos los turnos y días del año:

que se contratara no solamente un traductor en mixteco sino también en tlapaneco, pero que este enfocado en lo que es la salud, no sé si es enfermero que sea un enfermero de lengua materna mixteca, pero que tenga conocimientos más específicos en la salud materna, porque no es lo mismo que yo te traduzca "hay un sangrado aquí" a que yo te diga "mira, fíjate aquí como está, mira la toalla como esta como viene" como que no es lo mismo, con ello se lograría que la persona entienda, que logre meterse en lo que está aprendiendo. Sí sería muy bueno un traductor pero que maneje bien el tema de salud materna (PS65GRO).

Capítulo 3

Oaxaca

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2021-2022)

ELABORADO POR:

DRA. LINA ROSA BERRIO PALOMO

DRA. PAOLA MA. SESIA



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE OAXACA

El estado de Oaxaca se localiza en el sur del país. Al norte colinda con los estados de Puebla y Veracruz, al este con el estado de Chiapas, al oeste con Guerrero y al sur con el océano Pacífico. Tiene una población total de 4 millones 132 mil 148 habitantes, de los cuales el 52.2% son mujeres y el 47.8% son hombres.¹ La población oaxaqueña se ubica en 570 municipios distribuidos a lo largo de sus ocho regiones: Valles Centrales, Sierra Norte, Sierra Sur, el Papaloapan (o Tuxtepec), la Cañada, la Mixteca, el Istmo y la Costa.

1.1. Población indígena y afroamericana

Oaxaca es el estado del país con mayor porcentaje de población indígena (31.2% Hablantes de Lengua Indígena-HLI), seguido de Chiapas (28.2%), Yucatán (23.7%) y Guerrero (15.2%). En términos numéricos eso significa que de los poco más de cuatro millones de habitantes en la entidad, hay 1,221,555 personas mayores de 3 años de edad que hablan alguna lengua indígena. De acuerdo al criterio de hogares, Oaxaca es el segundo estado con el mayor número absoluto de población indígena (1,799,019; antecedido por Chiapas); mientras que, de acuerdo al criterio de autoadscripción, es la primera entidad con el mayor porcentaje y el mayor número absoluto de población autoadsrita como indígena (69.2% correspondiente a 2,702,749 personas). Esta fuerte presencia indígena se manifiesta también en ser el estado con la mayor diversidad de pueblos originarios (16 en total), destacando numéricamente los zapotecos (420,324 HLI); mixtecos (267,221 HLI); mazatecos (170,155 HLI) y mixes (118,882 HLI).

Después de Guerrero, Oaxaca presenta el mayor porcentaje de población autoreconocida como afrodescendiente/afroamericana, mientras que se ubica en cuarto lugar en cuanto a mayor número absoluto, después de Guerrero, Estado de México y Veracruz. Según el Censo 2020, un total de 194,474 personas se identificaron así en Oaxaca, representando el 4.7% del total de la población, de la cual la mayoría se ubica en la región de la Costa Chica, limítrofe a Guerrero y la Cañada, hacia Puebla y Veracruz.

1.2. Datos de parteras y nacimientos

En relación con la presencia de parteras, los datos oficiales de la SSA para el segundo semestre de 2021, indicaban que en la entidad, los Servicios de Salud tenían identificadas a 1,478 parteras, de las cuales el 91% son mujeres y más de la mitad (797) hablan español y otra lengua (indígena). La mayoría (1,200) aparece como activa para ese momento y 756 de ellas

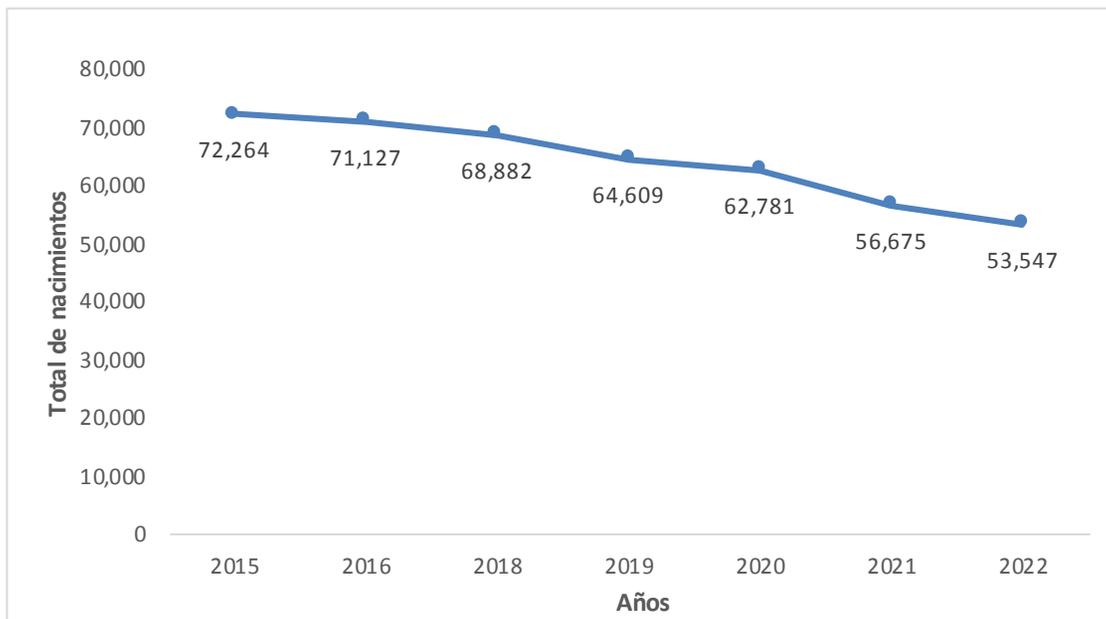
1. Las fuentes de la información sociodemográfica del estado y en particular de la población indígena y afrodescendiente son: INEGI (2021), *Censo de Población y Vivienda 2020* y los resultados del Cuestionario ampliado, aplicado durante el mismo censo.



o ellos, atienden partos.² Es importante señalar que si bien estos son los datos oficiales reportados periódicamente por cada estado a la Federación, es altamente probable que los mismos presenten un subregistro importante, especialmente porque no todas las jurisdicciones tienen la captura exacta del número de parteras existentes y además este problema se agudizó seguramente durante la pandemia pues las unidades pararon de enviar información a las jurisdicciones.

Pese a la gran presencia de población indígena, Oaxaca no es de los estados con mayor número ni porcentaje de partos atendidos por parteras. En 2021 sólo el 3.34 % de los partos ocurridos en la entidad fueron atendidos por parteras (véase Gráficas 2 y 3), lo cual lo ubica en el séptimo lugar a nivel nacional en atención de partos por estas curadoras y curadores; bastante lejano de Chiapas que encabeza y de Guerrero en segundo lugar.

Gráfica 1. Nacimientos en Oaxaca, 2015-2022

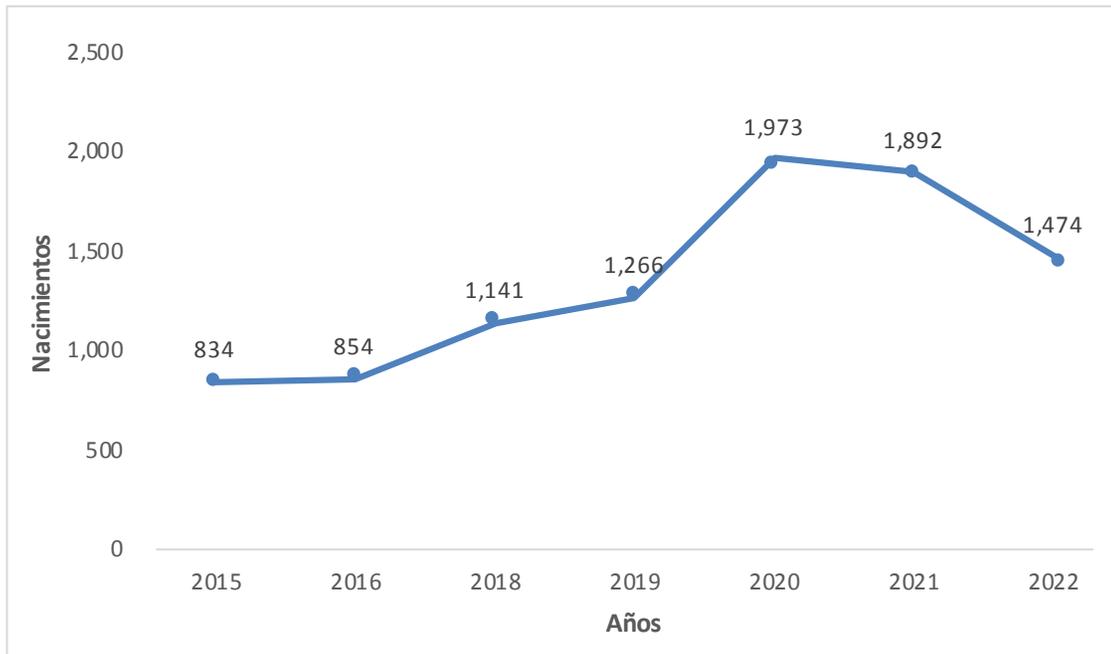


Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

2. Información proveída por la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), de la Secretaría de Salud federal.

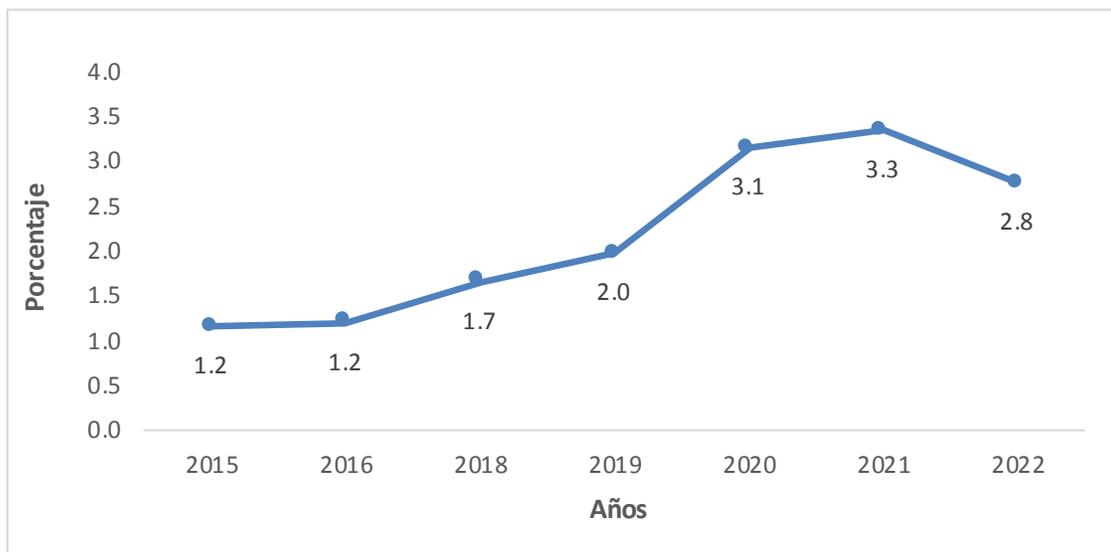


Gráfica 2. Número de nacimientos atendidos por Oaxaca, 2015-2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

Gráfica 3. Porcentajes partos atendidos por parteras Oaxaca, 2015-2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

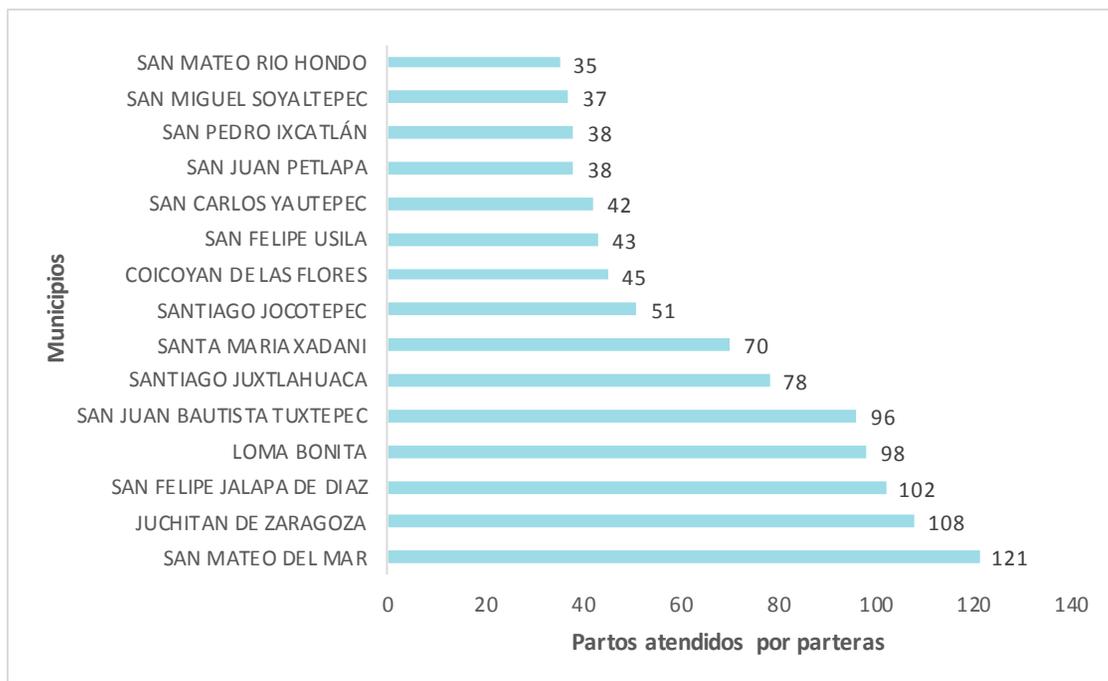


Es importante señalar que el número de nacimientos en la entidad viene disminuyéndose de manera sostenida, pasando de 72,264 en 2015 a 56,675 personas nacidas en 2021 (Véase gráfica 1). En contraste, los partos atendidos por parteras presentan ligeros incrementos en el mismo periodo pero sin duda el más significativo ocurrió durante la pandemia, particularmente en el año 2020.

Esto es más evidente aún cuando lo miramos en términos porcentuales pues implicó un repunte de 1.15% en el año 2015, hasta 3.34% en 2021. No queda duda del cambio entre el año 2019 y 2020, (primero de la pandemia por COVID-19), lo cual es coincidente con los testimonios recabados tanto entre parteras, como entre personal de salud.

Los municipios con mayor número de partos atendidos por parteras en 2020 y 2021 se ubican en las regiones del Istmo, Papaloapan-Tuxtepec y la Costa, incluyendo San Juan Bautista Tuxtepec, Loma Bonita, San Mateo del Mar, San Felipe Jalapa de Díaz, Santiago Juxtlahuaca, Santa María Xadani, Juchitán de Zaragoza y San Agustín Loxicha, entre otros (véase Gráficas 4 y 5). Varios de estos municipios fueron incluidos en la investigación en tanto corresponden a las jurisdicciones Istmo y Tuxtepec de los SSO.

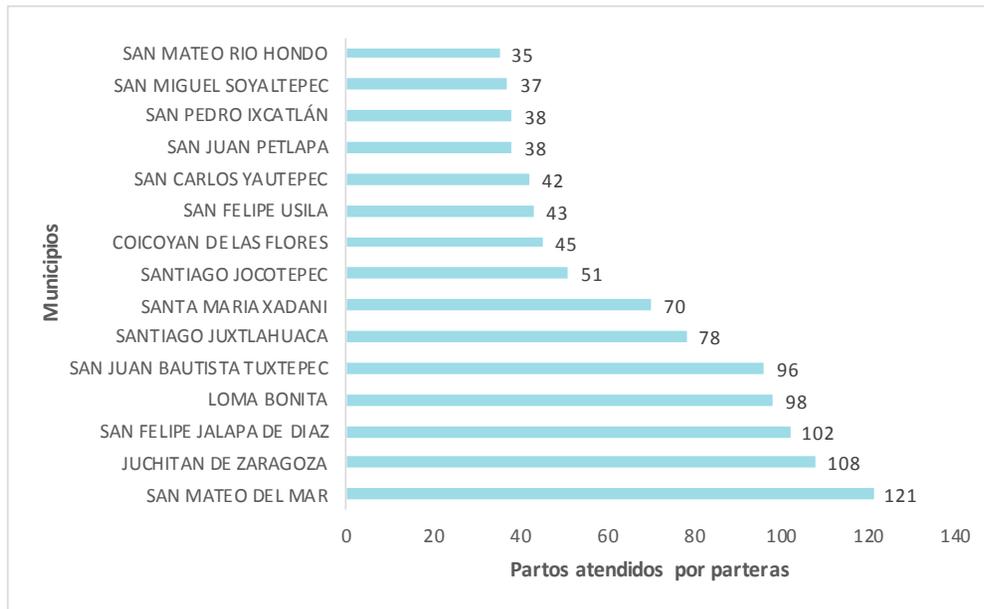
Gráfica 4. Partos atendidos por parteras, principales municipios de Oaxaca, 2020



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA



Gráfica 5. Partos atendidos por parteras, principales municipios de Oaxaca, 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

1.3. Características generales del Sistema de Salud

Oaxaca tiene presencia de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), IMSS Régimen Ordinario, IMSS-Bienestar e ISSSTE como los principales proveedores de servicios de salud en la entidad.

En 2022, se anunció la implementación de la reforma para la creación del sistema único de salud a la que se adhirió inmediatamente el estado de Oaxaca y la cual prevé que las instituciones de servicios de salud de los SSO pasen a mano del IMSS-Bienestar, institución que, desde la Federación, se supone que se encargará de manera centralizada de ofrecer la atención médica de manera gratuita y universal.

Acorde con el Diario Oficial de la Federación publicado el 31 de agosto del 2022, en su artículo número II, el IMSS-Bienestar tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna, ya sea mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social o, en su caso, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, mismo que debe considerar la atención integral que vincule los servicios de salud y la acción comunitaria, según lo determine su Junta de Gobierno.

La implementación de la reforma está en curso en la actualidad con todavía poca claridad acerca de sus modalidades e implicaciones.



Justo antes de estos anuncios, en 2022, los SSO contaban con la siguiente infraestructura de salud: un Hospital de Especialidades en la capital del estado, 14 hospitales generales (incluyendo al Hospital Aurelio Valdivieso en la ciudad de Oaxaca, el cual se considera como el único verdaderamente resolutivo en el estado), 19 hospitales básicos comunitarios, un hospital móvil, 740 centros de salud y 12 Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESA), además del Hospital Psiquiátrico, el Hospital de la Niñez Oaxaqueña y el Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca.³ De acuerdo con los SSO, los 570 municipios del estado de Oaxaca están divididos en seis jurisdicciones sanitarias; la Jurisdicción I corresponde a la región de los Valles Centrales, además de abarcar parte de la Sierra Norte y de la Sierra Sur; la Jurisdicción II al Istmo; la Jurisdicción III a la región de Tuxtepec; la Jurisdicción IV a la región Costa y gran parte de la Sierra Sur; la Jurisdicción V a la Mixteca y la Jurisdicción VI a la Sierra Norte.

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su base de datos más actualizada registra en las ocho regiones del estado 470 unidades médicas rurales (UMR) de primer nivel y nueve hospitales rurales del IMSS-Bienestar, además de dos hospitales generales de zona, dos hospitales medicina familiar y 22 unidades de medicina familiar del IMSS-RO.⁴

La atención a los temas de partería se da dentro de los SSO bajo la coordinación del programa de Salud Materna, la cual a su vez se adscribe al Departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva y éste a la Unidad de Salud Preventiva de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud. No está claro cómo la reforma impactará esta estructura organizacional y las respectivas funciones de los SSO en este o en otros rubros.

El estudio se inscribe en un momento de incremento en la mortalidad materna asociadas a la pandemia de COVID-19. Antes de presentar los hallazgos específicos en relación con la partería, vale la pena mostrar algunas de las condiciones institucionales y problemáticas en relación a la salud materna en general pues, en el periodo 2020 y 2021, aumentaron las muertes maternas en la entidad. Mientras en 2019, la entidad registró un total de 26 muertes maternas con una Razón de Muerte Materna (RMM) de 32.7/100, mil nacidos vivos (a nivel nacional fueron 690, con una RMM de 31.1), en 2020 ascendieron a 38 muertes con una RMM de 55.1 (nacional, n=921, RMM de 46.6) y en 2021 subieron a 42 con una RMM de 67.7 (nacional, n=1036, RMM de 53.1),⁵ por lo que el porcentaje de aumento entre 2019 y 2021 de la RMM para Oaxaca tuvo un aumento de más del doble, mientras que a nivel nacional fue un aumento bastante más contenido.

3. Información recabada de la plataforma DAM de la Secretaría de Salud del estado, consultada en junio 2023 en: [https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/hospitales-de-los-sso/](https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/hospitales-de-los-ss/) <https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/centros-de-salud-con-servicios-ampliados-de-los-sso/> <https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/centros-de-salud-de-los-sso/>

4. Información recabada en: <https://clinicasimss.com.mx/oaxaca/>, consultada en junio 2023.

5. Información recabada en los boletines epidemiológicos de la última semana de cada año, emitidos por Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, disponibles en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/>, consultados en diciembre 2022.



En esos dos años, la primera causa de muerte fue por COVID-19, por lo que una buena parte de este aumento corresponde a la pandemia, pero otras razones son del orden más estructural. Entre las causas, se pueden enumerar las mayores dificultades en el estado de lograr un acceso oportuno y resolutivo en casos de emergencias vistas las deficiencias crónicas de las redes de atención, la conversión de unidades hospitalarias a hospitales COVID que privilegió el centro versus las regiones periféricas, la geografía accidentada del estado, la falta de adiestramiento del personal de salud ante la pandemia y entre mujeres embarazadas y las dinámicas diferenciales de las campañas de vacunación en las distintas regiones del estado, entre otros. Es importante recordar que desde abril del 2020, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva había identificado la mortalidad materna excesiva por COVID-19 y había emitido recomendaciones a las entidades federativas, para prevenir o controlar el contagio entre mujeres embarazadas.⁶ Finalmente, cabe mencionar que en 2022, la cifras bajaron nuevamente, tanto a nivel estatal (n=32), como a nivel nacional (n=644), aun si la RMM para Oaxaca sigue siendo mayor en 2022 (44.3/100,000 NV) que en 2019 antes de la pandemia, a diferencia de lo que ha pasado a nivel nacional donde la RMM en 2022 bajó a 30.4, en comparación con una RMM de 32.7 en 2019.

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

La recopilación de información en el estado se hizo durante los años 2021, tiempo en el cual se entrevistaron fundamentalmente parteras, y 2022, cuando se entrevistó la gran mayoría del personal de salud. El proyecto de investigación fue presentado a las autoridades estatales quienes estuvieron de acuerdo en participar.

Las entrevistas con parteras, organizadas o no organizadas, se enfocaron hacia cinco temas: a) características de las parteras; b) transmisión de saberes; c) procesos organizativos; d) relación con el sistema de salud; y e) atención durante la pandemia de COVID-19; para lograr un panorama actualizado con respecto a la presencia, incidencia, interacción con el sistema institucional público de salud y desempeño en la salud materna de las mujeres indígenas.

Al personal de salud se les preguntó acerca de: a) características de autoridades o prestadores de servicios de salud; b) principales problemas que enfrentan en la salud materna; c) experiencias y situación del sistema de salud ante y durante la pandemia; d) caracterización de las parteras y su trabajo desde la perspectiva del personal de salud; e) relación personal de salud y parteras; y f) certificado de nacimiento.

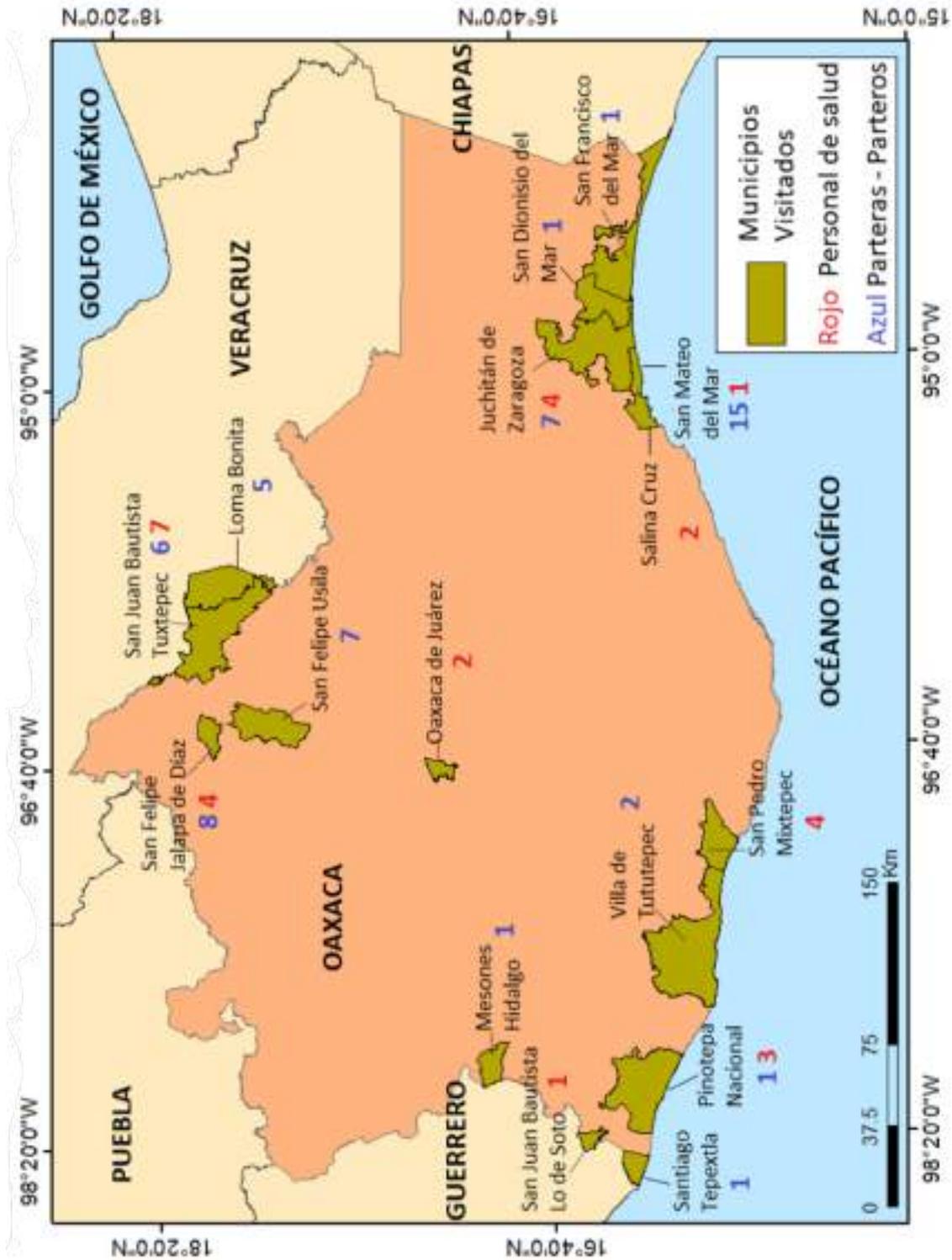
Las entrevistas se concentraron en municipios con alto porcentaje de partos atendidos por partera, entre estos, de la Jurisdicción 02-Istmo, 03-Tuxtepec y 04-Costa; en estas jurisdicciones se entrevistaron también autoridades de salud. Finalmente, se realizaron entrevistas con las autoridades de salud en las oficinas estatales ubicadas en la capital del estado.

6. Véase: CNEGSR (2020), Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, Versión 1: 10 de abril de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR__1_.pdf, consultado en junio 2023.



El Mapa 1 ilustra los municipios donde se realizó el trabajo de campo con parteras en 2021 y con personal de salud en 2022.

Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Oaxaca 2022



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto



2.1 Perfil de parteras entrevistadas

En total se entrevistaron 44 parteras de las jurisdicciones Istmo, Tuxtepec y Costa. Los municipios de los cuales provienen son: San Mateo del Mar, Juchitán de Zaragoza, Loma Bonita, San Francisco del Mar, Tututepec, Santiago Tapextla, Pinotepa Nacional, San Felipe Jalapa de Díaz, San Felipe Usila y Mesones Hidalgo (véase Mapa 1). Con relación a la etnicidad, se entrevistaron parteras y parteros zapotecas, ikoots (huaves), chinantecas, mazatecas, mixtecas, tres afro-mexicanas, una afro-indígena y siete que no se consideraron propiamente indígenas provenientes en su mayoría de Valles Centrales o de Veracruz pero que habitan en la región del Papaloapan.

Se trabajó colaborativamente para realizar el diagnóstico con la Casa de la Mujer Indígena de San Mateo del Mar Ikoots Monday Monium Andeouw (sanadoras del alma y del corazón). Durante el trabajo de campo en la región del Papaloapan, se encontró a la Organización de Parteros y Médicos Tradicionales de San Felipe Jalapa de Díaz, de la cual se entrevistaron algunos integrantes. Además, se entrevistaron algunas parteras que trabajan sin organización, registradas o no registradas ante alguna institución de salud.

La mayoría de las parteras y parteros de la Región del Papaloapan aprendieron de otras parteras y parteros (mamás, papás, abuelas, otros familiares) o a través de los sueños les fue revelado cómo atender; también hay quienes nacieron con el Don. En menor medida están quienes aprendieron desde una formación en enfermería. Entre las parteras ikoots, es común haberse iniciado a la partería porque tienen el Don, revelado en sueños. En la región del Istmo de Tehuantepec, particularmente en Juchitán, la atención de las parteras entrevistadas está más medicalizada, varias aprendieron en clínicas privadas con médicos, tienen carrera trunca de enfermería o han tomado cursos de enfermería. Dos de ellas compartieron además haber aprendido a partear de la suegra partera o de la abuela.

En la Costa se encontraron parteras de muy avanzada edad, algunas afro-mexicanas, varias de ellas ya habían dejado de atender partos, algunas desde hace años. Cabe mencionar que la mayoría de las entrevistadas en todo el estado son de edades avanzadas, un 31% tenía entre los cincuenta y los sesenta años, 40% entre los sesenta y los setenta y 20% contaba con más de setenta años; el promedio de edad fue de 62 años.

Las parteras, sobre todo las mayores, padecen enfermedades como la hipertensión arterial y diabetes. También se encontraron parteras con pérdida de la vista, fracturas en el pie, ácido úrico, hernia lumbar, enfermedades del oído, secuelas de golpes por violencia de sus parejas, "aigre" y cáncer. La gran mayoría no cuenta con Seguridad Social. En las zonas urbanas, si tienen los recursos, prefieren acudir a los servicios de salud privados para atender sus enfermedades aún cuando esta atención representa un gasto importante; lo anterior, debido al miedo de acudir a los hospitales en tiempo de pandemia, el trato que reciben en éstos así como en los Centros de Salud, y la convicción que la medicina privada es de mejor calidad que la pública.



Muchas parteras enfrentan procesos de envejecimiento no solo con problemas de salud, sino en el abandono y con serias dificultades para poder sostenerse por sí mismas, después de muchos años de contribuir a la salud materna y neonatal en sus comunidades. Se encontraron parteras que han dejado de atender por la edad, subsistiendo solamente con el apoyo (en caso de contar con ello) de familiares. En gran medida, los padecimientos que sufren están relacionados a los años de labor como parteras en los que se dedicaron a la atención de las mujeres de noche y de día, con desvelos y en condiciones climáticas adversas:

- Cuando fue a ver a la señora embarazada dice, ella viene no sé la hora ¿noche o día ?, [pregunta a la partera] día, dice, regresó las once, pasó como pasamos el río ¿no? Porque antes no sé ¿cómo se llama... que tenía o no tenía, ¡Ah!, chalupa, ¿no? ... Ella pasó en balsa, dice, y la señora volteó, dice, hasta el río se metió a ella. Por eso tapó su oído, dice, [se] llenó [de] agua (023OAX).

Algunas expresaron abiertamente sentirse abandonadas por el Sector Salud, después de muchos años de servicio, y aún más durante la pandemia:

Una ayuda ¿no?, un respaldo, este... Cuando menos pues al fallecer que alguien nos responda con que sea ¡con la caja de nosotras! Porque... 'ora sí que nos han dejado como pues ¡Así! ¡nos botaron como trapo viejo!, ¡eh!, nunca hemos recibido un apoyo de nada, de nada ¡eh! Le digo ya se han muerto varias y pues la mera verdad, pues, sí (017OAX).

2.2 Perfil de personal de salud entrevistado

Se entrevistaron 25 personas entre médicos y enfermeras de las tres jurisdicciones y dos responsables estatales de los programas de salud materna y de partería. Fue importante el acercamiento a los directivos estatales y jurisdiccionales pues se logró entrevistar a responsables jurisdiccionales de salud sexual y reproductiva (o equivalentes), además de responsables de salud materna, partería y planificación familiar. Igualmente, se entrevistaron directores y subdirectores de hospitales, así como varios jefes de área y responsables de ginecología en dichas instituciones.

Los municipios de los cuales proviene el personal de salud incluyen a Oaxaca de Juárez, San Mateo del Mar, Juchitán de Zaragoza, 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 (véase Mapa 1).

En relación con el nivel de atención donde operan, dos son directivos estatales, seis, son directivos jurisdiccionales, ocho están en hospitales, siete en centros de salud de primer nivel y dos más están adscritos a alguna otra responsabilidad dentro de los Servicios de Salud de Oaxaca o en ayuntamientos (véase Cuadro 1).



Tabla 1. Personas entrevistadas en Oaxaca 2021

Cargo o responsabilidad	Número entrevistas
Directivos estatales (Salud Materna y Partería)	2
Directivos jurisdiccionales (responsables de salud sexual y reproductiva, de salud materna, de partería, de planificación familiar en tres jurisdicciones)	3
Responsables jurisdiccionales de Salud Materna	1
Responsables jurisdiccionales de partería	1
Responsables jurisdiccionales de Planificación Familiar	1
Direcciones de Hospital	3
Jefaturas de ginecología	1
Jefaturas de áreas en hospital (subdirección médica, enseñanza y trabajo social)	3
Médicos Centros de salud	4
Enfermeras Centros de salud	3
Personal de salud en otras áreas	2
Total	25

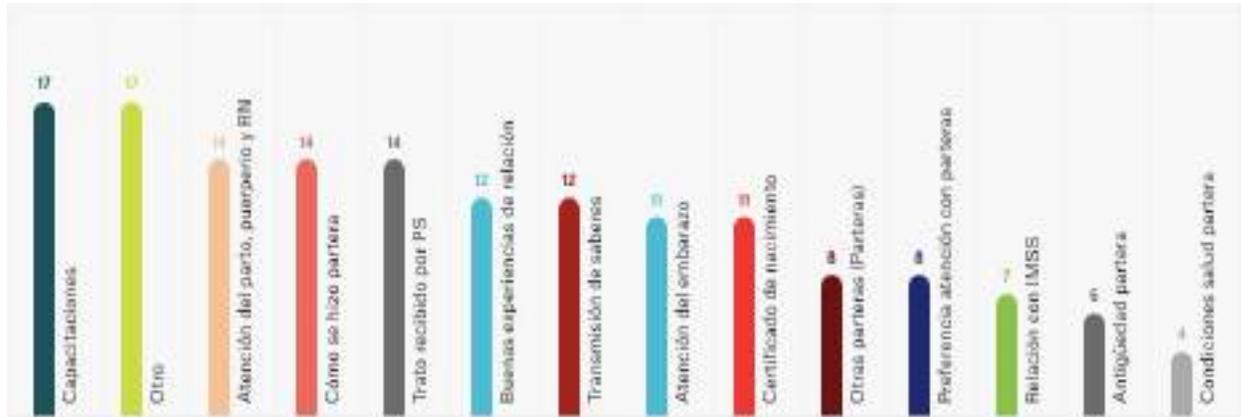
Fuente: Elaboración propia con base en datos de entrevistas realizadas, 2022

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

En el análisis de la información mediante el programa AtlasTi., se identificaron los códigos con mayor concurrencia para las entrevistas con parteras y con personal de salud, lo cual nos permite visualizar el contenido de la información recabada y de los temas de alguna manera prioritarios que surgieron en el proceso del trabajo de campo. La distribución fue la siguiente, tanto para partera, como para personal de salud (véase gráficas 7 y 8):

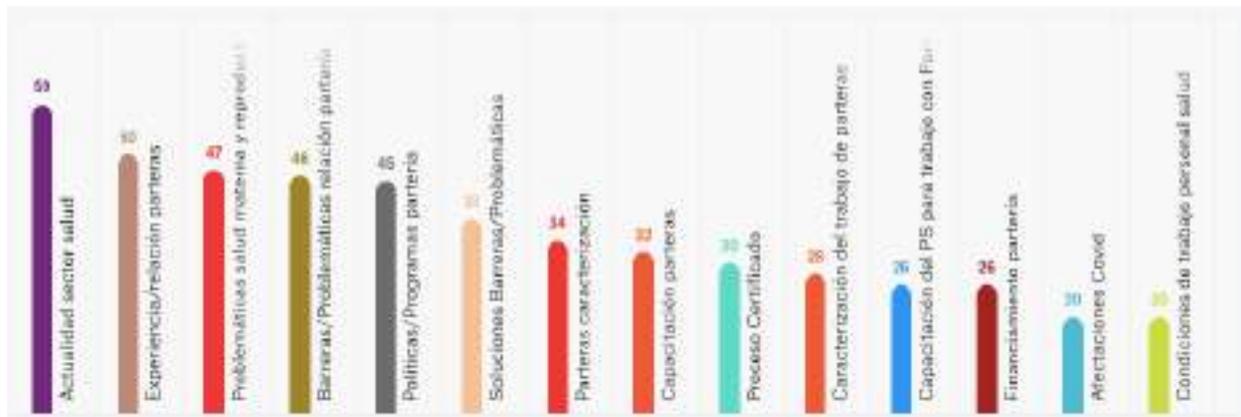


Gráfica 6. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con parteras Oaxaca, 2021



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras

Gráfica 7. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con personal de salud, Oaxaca, 2022



Fuente: Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras

En los siguientes apartados se presentan, primero, los hallazgos desde las perspectivas de las parteras y, después, los hallazgos desde el personal de salud.



3.1 Hallazgos desde las parteras

3.1.1 Transmisión de saberes

En Oaxaca, hay una fuerte pérdida de transmisión intergeneracional de saberes alrededor de la partería tradicional, lo cual pone seriamente en riesgo la supervivencia de este oficio. Entre las razones, se encuentran: la falta de reconocimiento social que aqueja la partería, por ser un oficio que ha perdido valor en la sociedad en general y también al interior de las mismas comunidades; los procesos migratorios y los intereses actuales de superación educativa y de búsqueda de oportunidades laborales entre las nuevas generaciones para las cuales la partería no es atractiva; la política de ofrecer servicios gratuitos hospitalarios para la atención obstétrica a las mujeres, por lo que, antes de la pandemia, muchas mujeres dejaron de atenderse con parteras:

Como no se presenta el caso de [que] haya ninguna atención para embarazada, pues no puedo yo enseñarle (...). no hay trabajo del que nosotras hacemos, pues no lo hay. Ajá (017OAX).

Sin embargo, se encontraron diferencias regionales no solo en el volumen de atención por parteras, sino también en la transmisión de saberes: en la región del Istmo estos procesos son más activos que en la región del Papaloapan, donde es más común que las parteras no tengan aprendices. Cuando hay, los aprendices son, principalmente, hijas de las maestras parteras, o son hermanas, nueras, nietas, sobrinas y/o vecinas.

Las parteras conciben la partería como un servicio a su comunidad. Por ello transmitir sus saberes es una forma de asegurar el bienestar de las mujeres, la comunidad y las próximas generaciones, frente a la ausencia o carencias de los servicios públicos de salud, la falta de recursos económicos en las familias para movilizarse a los hospitales y la discriminación contra las mujeres en las unidades hospitalarias:

Su mamá de la niña que anda por aquí, la chiquita. Le dije "¿por qué no vas a hacer mi lugar? Yo no sé cuánto tiempo voy a vivir. En las manos de Dios está qué día me regreso con él. Tú puedes trabajar desde ahorita. Tú vas a hacer ese trabajo que tengo. Así como mi mamá cuando se fue, yo trabajé en lo que ella trabajaba (011OAX).

Es común que se conciba la transmisión de saberes como una herencia que se comparte a otra integrante de la familia para que no se pierda. Cuando lo logran, las parteras eligen a la persona para que cumpla con las habilidades necesarias, los aprendices les acompañan algunas veces desde la infancia; aunque también hay casos de aprendices que no pertenecen a la familia pero que están muy interesadas en aprender y que "no tienen miedo". En menor medida se encuentran aprendices que nacieron con el don o tuvieron el sueño de ser partera.



Lo que quiero, dejar una herencia, aquello futuro que viene porque hay, hay jóvenes que, sí les gusta aprender algo, así como yo antes fui de que sí me gustó ese servicio hasta ahora estoy por eso (004OAX).

El proceso de aprendizaje puede iniciar en cualquier edad, desde niñas hasta mujeres adultas. La enseñanza se da a través del acompañamiento durante la atención del embarazo, parto y puerperio, respetando la intimidad de las mujeres cuando no desean que la aprendiz esté presente. Además, las parteras involucran a sus aprendices en la totalidad de los saberes que rodean la partería como por ejemplo, el conocimiento de las plantas, la preparación de tés y baños, hasta cuestiones más complejas como la atención de enfermedades de la matriz:

Le digo "mira, me vas a pasar esto y me vas a pasar lo otro y vas a ver porque también se le ayuda para la mamá". Así empezamos y luego le digo "mira, te estás fijando que vas a hacer esto, que cuánto de dilatación, que cuánto dolor por minuto", así... (005OAX).

Se encontraron algunos casos de aprendices que acompañan a las maestras a las capacitaciones organizadas por las jurisdicciones sanitarias, de tal manera que incorporan en su práctica otros conocimientos de la biomedicina. También, hay aprendices que vienen de una formación en enfermería y, al aprender con la partera, incorporan en su práctica conocimientos tradicionales.

Se identificaron procesos de revitalización y fortalecimiento de la partería indígena a través de proyectos de formación de aprendices por parte de organizaciones de parteras, como ha sido el caso de la CAMI de San Mateo del Mar, Oaxaca, en donde se facilitaron encuentros de intercambio de saberes entre parteras de diferentes culturas con procesos de formación de parteras aprendices en Juchitán y San Mateo:

Estuvimos en el programa De partera a partera (...) Nos reuníamos entre compañeras para intercambiar las culturas y los conocimientos. Llegaban unas parteras del Perú también (005OAX).

3.1.2 Procesos organizativos

En Oaxaca, se ubicaron dos procesos de organización de parteras: la Casa de la Mujer Indígena de San Mateo del Mar en la región huave del Istmo de Tehuán-tepec y la organización de parteros y médicos tradicionales de San Felipe Jalapa de Díaz en la Mazateca. Estas dos organizaciones presentan puntos en común como, por ejemplo, la demanda de dignificación económica a su trabajo y que las parteras y parteros puedan emitir los certificados de nacimiento sin la necesidad de la validación de los Centros de Salud. Al mismo tiempo, presentan diferencias importantes en torno a las alianzas que han tejido, el acompañamiento que han recibido de actores externos como organizaciones de la sociedad



civil, su vinculación con autoridades locales, la participación o no en experiencias organizadas entre parteras y la participación en cursos o talleres de formación, incluyendo en el ámbito de de sus derechos.

Una diferencia importante es en cuanto a las alianzas que se han tejido. La CAMI ha tejido sus alianzas hacia otras organizaciones de parteras y redes de CAMIs a través del INPI; en cambio la organización de parteros y médicos tradicionales de Jalapa de Díaz ha construido sus alianzas con las instituciones como el INPI y la SSA y no ha tenido acompañamiento de organizaciones de la sociedad civil, de tal forma que se les dificulta visualizar otras formas de relación con el sector salud que no sea la de acatar los mecanismos que se imponen para validar la partería. Con el INPI, han sido invitados en eventos nacionales sobre pueblos indígenas como médicos tradicionales.

El papel que desempeña la CAMI de San Mateo del Mar en promover los derechos sexuales y reproductivos así como la prevención de la violencia contra las mujeres es crucial para la salud materna en su área de cobertura. Por otro lado, han tejido alianzas con organizaciones de la sociedad civil como Kinal Antzetik, académicas comprometidas, organizaciones en defensa de la partería, la Red de CAMIS, para compartir experiencias y apoyarse mutuamente. Esas experiencias y las alianzas tejidas les han permitido tener más información y formación sobre sus derechos y los de las mujeres que atienden, de tal forma que se vuelven defensoras de los derechos de las mujeres embarazadas en los espacios hospitalarios.

El conocimiento que las parteras de la CAMI tienen sobre sus derechos como parteras, así como los de las mujeres a las que atienden, contrasta con el de las parteras no organizadas entrevistadas en todos los municipios durante el trabajo de campo. Por lo cual, se confirma que la organización y el acompañamiento son sustanciales para fortalecer los trabajos en defensa de la partería.

Entre algunas de las experiencias organizativas de la CAMI de San Mateo del Mar destacan: el camino de lucha para que los partos atendidos por ellas sean registrados como tales, ya que hasta hace unos años el SINAC invisibilizaba su trabajo; participación en espacios de intercambio de saberes entre parteras; participación en el proyecto de formación de aprendices de Kinal Antzetik; gestionar en conjunto los trámites para la entrega de la formatería ante la jurisdicción. Así también, posicionarse constantemente en las capacitaciones de los SSO desde la mirada de sus derechos como mujeres indígenas y desde los derechos sexuales y reproductivos.

Respecto a la organización de San Felipe Jalapa de Díaz, recientemente ha canalizado sus esfuerzos en el proyecto de farmacia de medicina tradicional desde el 2019. La farmacia es un espacio que permite a las y los integrantes seguir aprendiendo en conjunto sobre las diferentes plantas medicinales, además de preparar diversos tipos de medicinas. En el contexto del Covid han estado ofreciendo medicina alternativa contra los síntomas. En dicho espacio ofrecen consultas a mujeres embarazadas. Esta organización es clave para



fortalecer y reconocer la partería en la región; la mayoría de las y los entrevistados en el municipio rebasan los cincuenta años y muy pocos tienen aprendices. Por ello es importante que la organización incluya en su agenda la promoción del relevo generacional.

Aparte de las experiencias de organización mencionadas no se encuentran otros procesos de organización; sin embargo, se identifican espacios potenciales para ello como el caso de San Felipe Usila en el Papaloapan donde las parteras y parteros están organizados en un comité que incluye a todas las parteras y parteros de las localidades. Se encontraron parteras independientes, algunas expresaron la dificultad de organizarse por temor a expresar sus dudas y quejas, lo cual refleja un cierto grado de coacción por parte del Sector Salud para impedir la organización de las parteras.

3.1.3 Relación con el Sector Salud

Muchas parteras expresaron durante el trabajo de campo en 2021 que la relación con el personal médico y de enfermería de centros de salud y hospitales es compleja y variable, dependiendo de si el personal trabaja en Centros de Salud, el programa de Caravanas, la Jurisdicción o los Hospitales. Tiende a no ser buena con el personal hospitalario, mientras es común que sea mejor con el personal encargado del programa de partería en las jurisdicciones; con los centros de salud, depende de quién esté a cargo.

Mencionaron casos de discriminación hacia su trabajo y de regaños a las mujeres cuando acuden con ellas:

Hay veces que no somos bien vistas por los médicos ... "no quiero que vayas con la partera, te estoy mandando al hospital!"... Pero para los médicos si le pasa algo a una paciente con una partera, ¡uf!, ¡estallan!, " no que ¿por qué te fuiste con la partera?, primero vas con la partera, luego vienes conmigo... Pero los médicos igual dicen "es que ¿tanto confían ustedes en una partera? ¿qué tanto estudió una partera que le tienen más confianza que al médico?, nosotros los médicos estudiamos cinco, diez años y seguimos estudiando como para que ¡ustedes vayan con una partera!"... (006OAX).

Las parteras son de ayuda al sistema público de salud en múltiples formas. Entre otras actividades, "captan" a las mujeres embarazadas y las canalizan a los centros de salud para que lleven a su vez el control prenatal en las clínicas, y para que sus recién nacidos puedan recibir la vacuna, el tamiz, y la cartilla de vacunación. Además es en los centros de salud donde las parteras están registradas, reciben los formatos que se les requiere llenar para las atenciones que ellas otorgan. Es ahí donde ellas reportan la información, y donde reciben capacitaciones. El registro es importante porque se vuelve el pase para poder ejercer, acceder a capacitaciones y a las hojas de registro de nacido vivo.

Parece un requisito simple, pero tiene un impacto significativo. Las parteras validan la existencia del registro a partir de internalizar discursos operados desde las instituciones de salud, por ejemplo, el que se refiere a que era necesario para evitar el robo de recién nacidos.



Las parteras internalizan que el registro equivale al permiso para poder atender a las mujeres y trabajar legalmente, se vuelven vigilantes entre ellas, señalando, incluso, a parteras no registradas ante las autoridades locales o centros de salud de trabajar “a escondidas”:

Porque hay parteras aquí que no están registradas y están trabajando. ¿Pero dónde va a sacar eso para sacar huella de los bebés? ¿Dónde? ¿Quién le va a dar? Nadie. Debes tener tu permiso (011OAX).

Fueron a ... creo que a la alcaldía a dar un este [citatorio] ... para que (...) [ella no de] atención por lo que este ... (...) pues es que ellos son ... ya están registrados ante el gobierno... (...) ...pues sí, y la fueron a acusar con el doctor de que ella está atendiendo partos y que está cobrando barato (059OAX).

En algunos casos, la necesidad del registro se utiliza desde el personal de salud para infundir miedo de que en caso de una muerte materna o neonatal las parteras no tendrían respaldo por parte de la Jurisdicción y podrían ir a la cárcel:

“Pues se decía que había mucho muerte materna, era la traba pues. Porque si nosotros atendimos un parto y si nos llegaba fallecer una señora pues yo creo que las cosas se iban complicar así ¿No? Esa era la intención de ese momento cuando no teníamos, no estábamos registrados ante la Jurisdicción. Posteriormente, cuando fuimos registrados ante la jurisdicción pues me imagino que ya estaba un poquito allí ¿No? ¿Cómo para soportar? ¿No?, como soporte digamos, que ya podíamos ser amparados un poquito” (019OAX).

Sin embargo y aun con el registro, ese respaldo no siempre ocurre, pues el trabajo de las parteras no siempre es aceptado por el personal de los centros de salud y, mucho menos, en los hospitales y cuando efectivamente ocurren muertes maternas o neonatales, éstas son usadas como argumento para estigmatizar el trabajo de las parteras, independientemente de su responsabilidad en la ocurrencia. Ejemplo de ello es la siguiente experiencia de una partera ante una muerte neonatal de la cual al parecer no fue responsable, pero que sin embargo fue culpada de ello:

El bebé estaba bien cuando nos vinimos y me habló mi esposo que dice que está gente acá entonces regresé (...). Apenas me senté a comer y me hablaron de que se siente mal el bebé y me fui corriendo. Me dijeron que le estaba saliendo leche de su nariz y su boca, y de ahí la doctora [del centro de salud] cómo se enojó... tantas cosas me decía, como que yo maté a la bebé. Me llegó la patrulla mientras que yo estaba atendiendo otro parto. No le dio el acta de defunción. No le da el certificado luego si yo atiendo el parto de la señora. De por sí estaba yo atendiendo el parto y fue la señora que quería el certificado, pero le decía “¿por qué fuiste con esa señora? Ya mató un bebé allá. (022OAX).



Por otro lado, hubo parteras que reportaron que el personal de salud reafirma la ilegalidad de trabajar sin registro; cada que una partera no registrada se acerca a solicitar algún servicio para la madre o el recién nacido, le solicitan acudir a la Jurisdicción sanitaria para que le autoricen trabajar y así pueda acceder a capacitaciones y hojas de registro de nacido vivo que emite la partera para que la familia a su vez pueda tramitar el certificado de nacimiento en los centros de salud:

Debes tener tu permiso y todo para que cuando no tengas ese formato [hoja de registro de nacido vivo] para sacar huella de los bebés tú vienes a pedir acá (a la jurisdicción) y nosotros te vamos a dar. Si estoy aquí yo te voy a dar, si está la doctora te va a dar. ¿Cuántos bebés tuviste? Uno, dos o tres...te vamos a dar ese papel. Pero si no estás registrada, no te vamos a dar (011OAX).

Fui a preguntar al Centro de Salud que cuándo iban a hacerle el tamiz al bebé. (...) "¿usted atiende parto? ¿Ya se registró con la licenciada A?" "no, pero ya atiendo parto", "aguas, no se vaya a meter en problemas". Así me dijo "recuerde que ahorita partera a la que se le muere un bebé o le pasa algo a la mamá se va a la cárcel". O sea, como que me metió miedo (025OAX).

Con la pandemia, la relación con los centros de salud y con el personal encargado de salud materna y de partería en la jurisdicción sanitaria de adscripción, se ha dificultado y hubo reportes de que se había detenido la entrega de información.

Las parteras expresaron abiertamente la necesidad de tener una relación fluida y productiva con el Sector Salud, para poder referir a mujeres con complicaciones. Algunas veces cuentan con el apoyo de las jurisdicciones, en específico de las responsables de los programas que por lo regular son enfermeras, pero de los centros de salud y de los hospitales, el apoyo es mínimo o hasta nulo. En el caso de los centros de salud su participación básicamente se reduce a la validación de la hoja de referencia.

En la jurisdicción ahí sí nos tratan bien porque la licenciada, los doctores, las enfermeras y los ginecólogos que nos imparten el curso... ¡muy bien! Dónde nos va un poco mal es en los centros de salud y en los hospitales porque hay médicos que todavía dicen "parteras no" (005OAX).

Es común que las parteras se quejen de la falta de apoyo desde los centros de salud para la canalización de complicaciones, cuyos gastos quedan a cargo de las familias o incluso de la partera.

E: ¿El Centro de Salud no les da...? — No, no nos apoya nada.

E: ¿Aquí hay ambulancia?

— Hay ambulancia, pero es mejor buscar un taxi. He escuchado que la ambulancia va a pedir copia y vas a comprar gasolina. Más gasto. Es mejor que pagues taxi. Así dijeron mis compañeras.



*E: Entonces, ¿no las apoyan mucho en el Centro?
— No, no nos apoyan (020OAX).*

Existen casos expresados por las parteras en los que el personal médico de centros de salud refieren a las mujeres a los hospitales para la atención del parto, aún en caso de embarazos diagnosticados como normales y con mujeres a las que ellas están dando seguimiento. Para ello recurren a amenazas de no apoyar a las parteras en caso de complicación. Con ello, se impide de facto a las comunidades acceder al recurso de la partería tradicional:

*— Los servicios de Salud y el personal que atienden, ¿te apoyan para que tú puedas estar en contacto con las embarazadas y atender los partos?
— La señora embarazada dice va allá con doctor y doctor manda a Tuxtepec. ¡Derecho va! dice y ya no pregunta con ella (023OAX).*

Se encontró que en los tres niveles de salud, las parteras tienen “aliados” que apoyan su trabajo y les colaboran en la búsqueda de soluciones ante las complicaciones. Sin embargo, este apoyo es personalizado, no se da en muchos casos y depende del personal médico en turno y de su posición ante el trabajo de las parteras, más que a una medida oficial de respetar el trabajo de las parteras. Es importante mencionar casos puntuales de comunidades donde el IMSS-Bienestar da cobertura y donde se ha prohibido que las parteras atiendan partos, vulnerando así su derecho a ejercer la partería. Por ejemplo, en Tuxtepec, un funcionario del programa dijo a una partera indígena que vivía en la ciudad que solo podría atender si se fuera a vivir en una zona rural:

El delegado de allá de Oaxaca, ajá y este, que, si yo quería seguir como partera, seguir atendiendo, tenía que estar en una zona rural. Pero yo dije, “¿cómo me voy a ir a vivir a otro lugar si aquí es mi casa?” (006OAX).

3.1.4 Atención durante la pandemia

En el trabajo de campo en 2021, se encontró que la demanda de atención de las parteras incrementó con la pandemia, principalmente debido al miedo de las mujeres embarazadas y sus familias de acudir a los hospitales y centros de salud, por considerar estos espacios focos reales o potenciales de contagio del COVID-19. Además, la mayoría de las parteras entrevistadas considera que su labor ha sido fundamental durante la pandemia:

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. Sí. Por eso le digo que con que yo ayude me siento muy satisfecha porque sabemos que ahorita los hospitales están saturados (005OAX).

En el contexto de la pandemia, también se dio la expansión de sus servicios a nuevos sectores de la población que, por el temor de asistir a los hospitales, vieron en la partería una opción segura:



Más ahorita con la pandemia... pura primeriza (002OAX).

Hasta una persona de xxx se vino a atender conmigo. La esposa de un licenciado. Él conoce a la licenciada [responsable del programa de parteras] y un día dijo él "¿dónde podré encontrar a alguien que atienda a mi esposa? Tengo miedo de que vaya al Seguro he escuchado que en el Seguro uno va para atenderse y sale contagiado, tengo miedo porque es mi segundo bebé (005OAX).

La mayoría de las parteras expresó que para atender a las mujeres estuvieron utilizando como medidas de protección anti COVID-19 el uso del cubrebocas, gel antibacterial, el lavado de manos, y, en algunos casos, guantes y medidas de sanitización. Estos materiales fueron comprados con sus propios medios. Además de las medidas de protección para sí mismas, varias recurrieron a otras medidas como pedir a las mujeres embarazadas que hicieran uso del cubrebocas, disminuir el número de personas presentes al interior del espacio del parto y no recibir a mujeres con síntomas de COVID-19:

Desde que llegan yo les decía "mira, ¿quién va a quedar? No van a entrar muchos por el contagio", "Fulana". Empiezo a sanitizar donde se va a acostar, mi cubrebocas y mi bata. Tengo mi gel para que todos los que van pasando se pongan gel. Cada vez que yo me asome ahí tengo que ponerme mi bata. Todos los que van a estar adentro con cubrebocas (005OAX).

Varias parteras realizaron una labor muy importante al brindar tratamiento para síntomas de COVID y ofrecer orientación preventiva para las mujeres y para sus comunidades, apoyándose con la medicina tradicional y en algunos casos alternando con paracetamol o naproxeno.

Se constató una ausencia de protocolos para que las parteras pudieran referir a mujeres embarazadas con complicaciones o con síntomas de Covid a los servicios de salud. En algunos casos reportaron que para que las mujeres embarazadas ingresaran a los hospitales en caso de complicación se les solicitaba llevar una prueba negativa de Covid con tres días de antelación, cosa que es imposible de cumplir en casos repentinos de emergencia:

- Me dice la licenciada (...) "a todas las embarazadas que tú vayas a referir es necesario tres días antes su prueba de COVID negativa". [Le contesté:] "¿Quién va a saber cuándo le va a doler a esa mujer? Dígame" y nomás se ríe. [Decía ella] que aquella mujer embarazadita que se vaya a atender al hospital lleve su prueba de COVID negativa. La última que acabo de atender estaba programada para el 15 de octubre. — Se adelantó (005OAX).

Las capacitaciones se cancelaron desde que inició la pandemia; al parecer no se buscaron otros mecanismos para informarles sobre qué es el COVID-19, cómo prevenirlo o cómo atender a las mujeres embarazadas en el contexto de la pandemia, aun tomando en cuenta el trabajo central que las parteras desempeñan en la atención materno-neonatal; mucho menos recibieron material de protección. Ellas implementaron estrategias de cuidado a



partir de la información que llegaba a sus oídos, la cual generalmente no provenía de las instituciones locales de salud:

No, no... los cuidados no, no, he tomado por televisión o yo misma me hago la idea de qué debemos de hacer, de los cuidados, por televisión (037OAX).

Se encontraron casos de parteras que experimentaron ansiedad, miedo, preocupación y tristeza por ellas, sus familias y comunidad ante la muerte:

Ahora también estoy viendo que murió fulana. Como ya no anuncian... cuando se muere se van de una vez al panteón, ya no sabe la gente. Llega el señor y nos dice "ay, murió el señor..."; "ay, no me digas nada" le dije. Lo bueno que estoy por acá y ya no sé quién murió y quién no. Ayer que llegaron la gente a sobarse estaban contando "ay, murió el esposo de tal gente..."; "ay, esa chamaca está joven todavía" digo, "sí, dice que murió", "ay, no... ya no me digan nada porque me da miedo" (002OAX).

Me siento triste porque no sé cómo voy a hacerle cuando hubo mucho más. Decía yo "¿cómo vamos a hacerle con esta enfermedad? ¿Cómo vamos a vivir?". Le digo a mi esposo "ya no voy al mercado, ya no voy a comprar el pescado, ¿cómo le vamos a hacer ahora?"..."Ojalá que pronto se vaya esa enfermedad" dije. Ahora estoy escuchando que nunca termina, se empeora más. ¡Ay, Dios! (020OAX).

3.2 Hallazgos desde el personal de salud

3.2.1. Problemáticas del Sector Salud

En Oaxaca, el Sector Salud enfrenta retos profundos, sobre todo en la Secretaría de Salud del estado. Se encaran graves carencias históricas y estructurales que se han profundizado en los últimos años por los recortes federales, la incapacidad del estado de comprobar la utilización del presupuesto de acuerdo a su asignación, la corrupción dilagante, la repentina desaparición del Seguro Popular sin establecer un sustituto inmediato, y el surgir de la pandemia con la necesidad de invertir en la conversión de hospitales y la compra masiva de vacunas. Oaxaca sufre de falta de personal especialista en los hospitales, sobre todo en el interior del estado; falta generalizada de medicamentos e insumos; falta de equipo y medios de transporte; un primer nivel inoperante; redes de servicios que no funcionan de manera apropiada; hospitales a medio construir, sin equipamiento o de plano abandonados; deficiencias en la formación del personal médico contratado; y una crisis profunda en la vocación de servicio entre el personal. Todo lo anterior afecta seriamente el trabajo de quienes tienen a cargo los programas a nivel estatal o jurisdiccional, o que dirige o labora en hospitales o centros de salud.

Los retos resultan evidente en las entrevistas y visitas de campo realizadas en su mayoría en el año 2022. No sólo fue el código con mayor número de respuestas (véase gráfica 7,



pag. 12), sino que además la diversidad de las mismas categorías codificadas demuestra la gran cantidad de afectaciones que tal situación está teniendo en la prestación de los servicios de salud. En las entrevistas se identificaron los siguientes subtemas:

- Desaparición del Seguro Popular y creación del INSABI
- Financiamiento y desfinanciamiento
- Cambios en las políticas y programas de salud materna, o dificultad para desarrollar las actividades por ausencia de recursos.
- No atención de partos en el primer nivel
- Ausencia de insumos o medicamentos
- Reducción en la disponibilidad de personal de salud.

La totalidad de los entrevistados se refirió a la profunda incertidumbre que está significando la transición actual del sistema de salud. Por un lado, la desaparición del Seguro Popular, la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, el desconocimiento respecto a lo que sucederá con los Servicios de Salud de Oaxaca y, más recientemente, la transición al programa IMSS-Bienestar. La mayoría del personal no tenía claro cómo sería esa transformación ni de qué modo impactaría en su seguridad laboral o en sus actividades cotidianas. Otro tema que salió a relucir fue el desfinanciamiento y, de manera menor, la falta de conducción y gerencia en el sector.

Por el tema del diagnóstico, nos enfocamos de manera más específica hacia las problemáticas que el personal identificó en el ámbito de la salud materna, neonatal y reproductiva. Varios son los elementos relacionados a la imposibilidad de una atención efectiva a las mujeres durante sus embarazos, partos y puerperios. Es necesario incluir desde las distancias geográficas y territoriales, hasta aquellas donde las dinámicas institucionales afectan negativamente las prácticas de atención a las mujeres. Del mismo modo la falta de personal en las unidades de salud, la restricción en los horarios de atención y la prácticamente nula atención de partos en el primer nivel, son algunas de las condiciones que impactan en la salud materna y evidencian la frustración del personal con respecto a los casos de mortalidad materna:

La verdad es que es bien triste cuando sesionamos las muertes maternas, porque dicen que todo es primer nivel, que estamos mal, y sí, es verdad, sí estamos mal. Porque también hay mucho de si los compañeros no tienen como la empatía de ponerse, cómo se dice, en los zapatos del paciente, pero también es que no tenemos nada. ¿Cómo le exigas al hospital que te atienda a una mujer si no tiene ginecólogos? ¿Cómo? Si no hay, no hay en la noche atención, porque tampoco hay gente y si está el fin de semana pues a lo mejor le tocó pedir permiso, entonces no hay... Entonces sí es cierto, primer



nivel, pero si segundo nivel estuviera realmente cubierto no tendríamos ese problema... Entonces, no sé... (PS60OAX).

No son solamente estrategias que yo pueda implementar o mi equipo para estar pendientes, tener los insumos, sulfatos, soluciones, anestesiólogo, todo listo, pero aquí mi paciente ya me llega intubada, con eclampsia. La última que nos llegó convulsionando [una embarazada] en una camioneta que la mandó el médico convulsionando y llegó en la camioneta, todavía la bajaron cargándola, porque ni siquiera la canalizaron, ni la mandaron en la ambulancia y con referencia médica y llegó convulsionando. Afortunadamente esa paciente logró sobrevivir y así han llegado. Entonces yo puedo tener las estrategias, ellos pueden estar capacitados en ese Código Máter pero me falta ginecólogo. Por más veces que yo quiera, tengo dos guardias que no tengo ginecólogo, a raíz de esto también tengo esto de que todo mi personal también es sindicalizado. El hospital en el mes de septiembre de hace un año, hubo un despido masivo de personal, médicos especialistas, ginecos, anestesiólogos, pediatras, generales se fueron de los hospitales dejando muchos sin especialistas (PS41OAXColectiva).

A nivel institucional, algo que afecta en los indicadores de salud materna, son los horarios del personal de salud, pues en los espacios de atención se cumple con jornadas laborales correspondientes a actividades administrativas. Dicha problemática se agudiza cuando el espacio no está habilitado para la atención de partos y el material no está en las condiciones adecuadas de ser utilizado:

Porque nuestra red que manejamos de nuestros centros de salud que nos refieren, no atienden partos en sus unidades. El tema principal es el horario, es decir, yo tengo un horario de 8 a 3, 8 a 1, depende cada trabajador en su servicio. Y pues es que la paciente llegó a las 4 o está cerrado y como ahí le dice cualquier urgencia vete a tu hospital. Vienen con nosotros y ahí es donde se termina el parto. Muchas veces están con nosotros en estancia un día, 24 horas, 48 horas, todo bien y pues se van de alta y a su unidad de regreso para dar seguimiento de puerperio, pero muchas veces no atienden partos, la mayoría de las veces, no. Y es un problema que nos crea y eso lo tocamos ya en la reunión de redes pero pues aquí implica nuevamente la cuestión desde arriba. Me refiero al nivel estatal, darle la indicación al primer nivel, el primer nivel dirá sí tengo el espacio, sí tengo las herramientas, medicamentos, el mobiliario, el instrumental ¿y si no lo tengo? Son exigencias que hace mucho tiempo se hacen al personal pero que no tienen en sus unidades y que puede ser el motivo por lo cual refieren aquí... O sea, sí me llegó el parto pero no tengo equipo para parto o no tengo el instrumental para atenderlo aquí, sabe que se refiere porque no tengo el instrumental, está todo oxidado, está en mal estado, lo que comentan los compañeros y pues nosotros nos quedamos... (PS35OAX).

Entonces son muchos problemas en los centros de salud porque, puede ser que algún médico si le eche ganas, y quiera atender un parto, pero tiene un horario que es el de 8 horas, entonces él no se va a quedar después de su horario a atender un parto, entonces



terminando su horario, si el centro de salud no tiene otro médico, pues lo va a derivar al hospital. Y ahora, si es pasante, pues él no se va a quedar con ese compromiso, entonces mejor lo manda al hospital, o a donde ella quiera (PS60OAX).

Otra problemática identificada tiene que ver con el abastecimiento de medicamentos para la prevención del embarazo en adolescentes, atención de mujeres embarazadas y métodos anticonceptivos:

Yo llevo acá medio año, seis meses. Y en los primeros dos años hubo escasez hasta de DIU. Ahorita si revisamos las estadísticas, y no sólo de aquí, los embarazos en adolescentes, los segundos embarazos de períodos intergenésicos muy cortos, son muy altos porque se dejó de surtir insumos como métodos anticonceptivos. Hace aproximadamente 10 meses que ya se regularizó, ahorita tenemos implantes, hay DIÚ s, con corta caducidad pero sí nos llegan. Pero anteriormente vivimos dos años prácticamente nulo, nulo, nulo, temporadas que no llegaban y entonces las pacientes las tenemos ahí, algunas que sí quieren método. Pero ya también en su centro de salud donde llevaron sus controles prenatales ya no les ofertan porque tampoco hay, entonces la consejería en cuanto a métodos de planificación familiar ha disminuido mucho, mucho. Incluso, eso ha sido motivo de que tengamos complicaciones maternas, muertes maternas. Digamos si hubiera tenido una consejería en su centro de salud, se hubiera aplicado un método, no hubiera tenido una tercera cesárea, un acretismo placentario o hubiéramos dado un lapso más de tiempo para otro embarazo. Entonces sí, sí nos ha pegado (PS41OAXColectiva).

Un elemento reseñado son las dificultades en relación a la saturación de la Red de Servicios de Salud y todas las gestiones concretas que el personal de cada unidad debe sortear para garantizar los traslados oportunos cuando ello se requiere:

Y de ahí nos vamos al otro extremo, después de nosotros hay otro nivel que es el tercer nivel de atención. Tenemos que seguir al otro nivel y en ese nivel nuestro coco en este hospital es el rechazo: referencia, Hospital Civil: sin espacio físico, hablar al siguiente turno; HRO, se supone que ya no está embarazada; y el Hospital Regional de Alta Especialidad puede recibir: negado, sin espacio, no atendemos pacientes aquí; Hospital de Veracruz de Alta Especialidad: sin espacio físico, regionalizar con su estado; hasta el INPER, hasta México mandamos pacientes. Entonces creo que desde el primer 19 eslabón donde la partera empieza su trabajo y en una paciente que se va a complicar y pudo haber identificado o vamos no se identificó porque las complicaciones obstétricas pueden darse en el momento (PS41OAXColectiva).

¿Por qué ocurre la complicación en ellas? Ocurren porque como son lugares muy marginados, la embarazada les llega complicada. Entonces a veces, en el traslado o la dificultad, el acceso a la unidad de salud más cercana es muy largo y es muy tedioso, entonces le llegan complicadas, y como ya no les da tiempo, después llegan a nosotros



complicadas y nosotros tratamos de darles la intervención oportunamente y la referimos a un centro de segundo nivel (PS57OAX).

Algunas otras problemáticas refieren ya no a las dinámicas institucionales, sino a las respuestas de las mujeres. Varios reseñaron la búsqueda tardía de atención o las percepciones distintas en torno al embarazo en edades tempranas:

La otra prioridad es el embarazo adolescente que las jóvenes no están informadas sobre métodos anticonceptivos y vuelvo a lo mismo, la idiosincrasia de nuestra región que no les hablan de sexualidad entonces la joven, el adolescente se está enfrentando muy pronto a las relaciones sexuales y no tienen forma, y cuando se dan cuenta ya están embarazadas, y pues ya ¿qué le haces? (PS59OAX).

Algunos señalaron que frente a ello, lo que correspondía sería continuar trabajando y mantener las acciones de partería:

De hecho ahorita estamos dando la atención como es, o sea, realmente no hemos visto proceso de transición, se habla de un proceso de transición, pero nosotros seguimos con los Servicios de Salud [de Oaxaca]. Y pues considero que el programa de parteras tiene que continuar, independientemente de la institución a la que pertenezcamos o a la que nos vamos a adherir, tenemos que funcionar igual porque la labor de la partera tiene que continuar (PS57OAX).

Como parte de las transformaciones y ligado a la situación específica del estado, ha habido un fuerte recorte de personal en todas las jurisdicciones, lo cual a su vez ha generado dificultades significativas para mantener los servicios de salud funcionantes:

Recortaron mucho personal, a nosotros nos dejaron sin personal, teníamos apoyo, teníamos apoyo para la captura del Tamiz, había una psicóloga que llevaba la parte de violencia, teníamos un apoyo y no los quitaron. Nos quedamos cuatro y quedaron volando programas, llovió se nos cayó el techo y se perdieron equipos y no hay presupuesto, estamos con las manos amarradas, todo mal, no hay reglas de operación, no hay normas, están las normas oficiales pero el INSABI no tiene, todo está volando, están cambiando formatos en todo y es repetitivo porque también formatos que tiene la misma información que otros (PS59OAX).

En algunos hospitales, debido a los recortes, no se cuenta con las plantillas de personal completo o no existen todos los insumos requeridos para la atención del embarazo y el parto complicado o sin complicaciones; tampoco hay insumos para tratar otras condiciones médicas que requieren intervenciones hospitalarias. Frente a tal situación, algunos hospitales han optado por establecer cobros por servicios específicos o, en los turnos donde falta algún especialista, pedir que los familiares cubran ese honorario, a fin de mantener la atención. Señalan que si bien son conscientes de que ésto implica un costo adicional para



las mujeres y sus familias, el objetivo es brindar el servicio y hacerlo a un costo menor que en los servicios privados:

Lo que se está haciendo más que cobrarles se establecen sus cuotas de recuperación, que intentan ser lo mínimo, con tal de no dejar de atender a la población. Pero también sin verse como tan excesivo, porque al final de cuentas, el servicio de salud es con el fin de apoyar a la población, sin embargo, si se trata de que ellos puedan seguir laborando con lo poco que se tiene, obviamente esto a veces no se puede y mejor se suspende el servicio hasta que haya recurso (PS60OAX).

Yo ahorita en este turno cuento dos ginecólogas, una en la mañana y una en la tarde. La noche tenemos descubierta la guardia B, en la guardia A que es lunes, miércoles y viernes contamos con un médico cirujano que hace los procedimientos ginecobstétricos. Anestesiólogo cuento con el turno de la mañana, en la tarde y en la noche no contamos con anestesiólogo, más sin embargo en la comunidad hay médicos anestesiólogos a los cuales se les habla y vienen a dar el servicio de manera subrogada. Como es un hospital y de manera estricta no se debería de cobrar debería ser la atención gratuita, pero ante las necesidades de un servicio y de conservar la vida de una mujer y no se nos complique, tenemos que hablar con los médicos para que ellos vengan, realicen un cobro, nosotros proporcionamos los anestésicos y todo con lo que contamos y a cambio de esto los médicos hacen un cobro mínimo, una cuota mínima a manera de que la población no sea afectada (PS40OAX).

Eso es lo que más nos ha pegado, el desconocimiento de cómo está funcionando ahora el INSABI. Pero de ahí en fuera, pues, seguimos trabajando aquí en el hospital con ese tema de la gratuidad y siempre tratamos de, si no podemos acá, mandarlos a quien sí los puede ayudar o ver cómo los atendemos sin afectarles el bolsillo... Pero, bueno, últimamente en todos lados, no es algo meramente de Oaxaca, a nivel nacional hemos padecido algunos faltantes en vacunas, en cuestiones así pero es generalizado no sólo privativo de aquí (PS35OAX).

Entonces en el tema de las embarazadas, en el tema obstétrico, en algunos hospitales donde yo he estado lo que hicimos fue declarar que todo parto, parto y todo niño menor de cinco años que ingresara no se le cobrara, cero [cobro]. Pero decidimos también que las que tenían cesáreas y otras patologías: apéndices, colecistitis y todo lo que fuera de otras patologías, le aplicáramos un nivel de cobro cuatro, cinco o seis. Entonces, de esa manera podíamos solventar los gastos que teníamos con los partos y podíamos también apoyar todo lo demás (PS41OAXColectiva).

Las afectaciones también se observan en acciones y programas vinculados a salud materna, entre ellos recorte de personal destinado a labores de tipo comunitario, promoción de la salud e intérpretes en hospitales, del mismo modo que se registró una situación similar en Guerrero:



Es probable, no quisiera asegurarlo, pero es probable que haya sido un ajuste presupuestal desde la Federación. Lo comento, porque en este año 2022 hubo cambios, hubo cambios. Nos referimos a que el programa del componente comunitario contaba con colaboración de intérpretes y de compañeros brigadistas hoy día en este momento fue posible solamente en el primer semestre de 2022. En lo que fue la segunda mitad, en este momento, ya no tenemos el apoyo para el componente, entonces ya no hay brigadistas, no hay intérpretes lo cual es un recurso humano muy importante para fortalecer actividades comunitarias (PS09OAX).

El Hospital tenía un traductor oficial, es decir, estaba contratado para eso. Pero cuando vino el cambio o el cierre de contrato para muchos compañeros el año pasado pues esa persona se perdió, de hecho no hay una persona asignada para esa función exclusivamente. Pero aquí tenemos compañeros que hablan algún dialecto: zapoteco, huave, chontal y que nos hacen el favor de apoyarnos en la traducción con un paciente cuando no puede expresarse de la forma de la lengua española cuando tiene su dialecto al cien por ciento. Cuando tiene esa forma, nosotros tratamos de comunicarnos con ellos y sus familiares (PS35OAX).

Igualmente se mencionaron dificultades alrededor de los insumos, los cuales no son suficientes y sus costos deben ser asumidos muchas veces por las mismas usuarias. En una de las visitas a un centro de salud, el equipo de investigación pudo observar la ausencia de otros insumos, para la atención de los infantes.

Cuando hay (sulfato ferroso) sí se le proporciona a las embarazadas. Por ejemplo, aquí estamos con sulfato ferroso, pero ácido fólico no hay, calcio no hay. Pero igual, es por temporadas: si bien se escasea uno o dos meses, pero al siguiente ya está, pero aun así son cantidades mínimas y se trata de dárselos y lo que no, pues lamentablemente ellas lo tienen que comprar (PS08OAX).

Teníamos insumos, 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).

Estas carencias se extendieron al material de protección contra el virus SARS-COV-2 pues varias personas entrevistadas manifestaron que debieron asumir el costo de sus equipos de protección personal; lo mismo ocurrió con las parteras entrevistadas.

Respecto a los programas, el personal de salud manifestó que se rigen por los lineamientos del nivel federal y dentro de sus posibilidades continúan desarrollando las acciones establecidas respecto a la atención de las embarazadas. Las más mencionadas fueron la identificación oportuna y el seguimiento a embarazadas, el diagnóstico de embarazos de riesgo, la activación del Código Mater y la vinculación con autoridades municipales para la ac-



tivación del transporte AME. Algunas pocas unidades están además atendiendo lo establecido en la NOM 046 respecto a ILE de acuerdo a la nueva ley en el estado.

Una iniciativa actual del CNEGSR de la Secretaría de Salud Federal son las Salas de Labor, Parto y Recuperación (Salas LPR). Algunos entrevistados manifestaron interés en instalarlas en sus unidades, pero no se identificó ninguna en las jurisdicciones visitadas:

Hemos solicitado, estamos en la espera de un proyecto que nos están manejando salas de atención de parto, que ese modelo lo acaba de sacar el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Salas LPR, está en el proyecto, ya sacaron los lineamientos, creo que fue este año si mal no recuerdo, entonces la sala LPR, hasta donde tengo conocimiento está ahorita apenas este mes, este año, en el Hospital Básico Comunitario de Sola de Vega, perteneciente a Valles Centrales (PS53OAX).

Resultó evidente que una de las dificultades principales es la insuficiencia de personal para ejecutar y/o supervisar los programas. En una jurisdicción se mencionó que dos programas son llevados por una sola persona, algunos programas no tienen responsable y las tareas se van desahogando con quienes están disponibles. En otra jurisdicción, el equipo se reduce a la persona responsable de salud sexual y reproductiva y un responsable de programa pero todas las demás funciones son asumidas por una sola persona debido a que no se cuenta con más personal. Varias de las intervenciones se refirieron a la necesidad de fortalecer las acciones en salud materna y en partería:

Pues le deseo que ese proyecto, la investigación tenga impacto sobre las políticas de salud, en cuanto a atención obstétrica se refiere, creo que hemos estado abandonados hasta cierto punto en esa cuestión de lo que se hacía antes, esa cultura de la promoción de la salud, esa cultura de la búsqueda de la intención con las embarazadas y fortalecer la atención obstétrica, es más del sesenta por ciento de la ocupación hospitalaria nada más la atención obstétrica, sin la atención obstétrica en los hospitales, a menos que sea un hospital de alta especialidad, la productividad bajaría más del 60% (PS41OAX).

Entre las problemáticas principales de salud materna se mencionó finalmente la geografía del estado lo cual dificulta llegar a lugares muy alejados o provoca que el personal no quiera ir a laborar allí. También se mencionó la apuesta por la autoatención del parto de algunas mujeres:

En el caso de Oaxaca a veces podemos ver que las mujeres toman la decisión de no atenderse, ni con la partera, ni con la unidad de salud, sino que se atiende en sus comunidades solas con sus familiares; eso todavía sucede, no se atienden, entonces ese es un riesgo que la mujer no se atiende con el personal, ni con la partera, ni con el personal de salud (PS07OAX).



3.2.2 Problemáticas con relación a la partería tradicional

Las entrevistas realizadas con el personal de salud muestran distintas barreras y problemáticas en relación con la partería. Algunas están relacionadas con el nivel institucional; es decir, existen diversas prácticas desde este nivel donde se minimiza la labor de partería. Una de ellas es el no permitir a las parteras expedir o firmar el certificado de nacimiento o dar validez al certificado de nacido vivo que ellas emiten, lo cual es fundamental para el registro del recién nacido:

Las parteras nos informan que a veces no les expiden en el certificado de nacimiento porque fueron atendidos por ellas. Lo que nosotros solicitamos es que se le dé el reconocimiento a esa [hoja] de nacido vivo para que ese certificado sea aceptado por las oficialías del Registro Civil, directamente para obviar tiempos y algunas situaciones que no nos permite hacer el registro (PS07OAX).

Una de las principales barreras identificadas consiste en el desconocimiento y la subvaloración por parte del personal de salud respecto a las parteras, su trabajo y sus aportes a la salud materna y neonatal, lo cual genera que en los servicios de salud no las tomen en cuenta, no las reciban de manera adecuada, o abiertamente tengan actitudes hostiles o poco amables hacia ellas:

Tuvimos la capacitación hace muchos años y yo veía la forma de discriminación de parte de mis compañeros ¿qué hace aquí ella, de huaraches, con su cubreboca y su bata? ¡pues viene a aprender y enséñale! ¡ah que no! y ellas felices con su cara de felicidad pero ellas voltean y veían la actitud del médico, la cara y decían "ya me regreso, ya no vuelvo" (PS41OAXColectiva).

Falta de conocimiento de los hospitales de la existencia de ellas, debe de haber una capacitación entre el médico, y de compromiso, entre las, entre los personajes que se quedan (PS60OAX).

También se mencionó reiteradamente el tema de la lengua como una barrera, al igual que la falta de una perspectiva intercultural por parte del personal de salud:

Una de las barreras obviamente es pues la lengua, la comunicación en la lengua, la explicación. Otra barrera también es la interculturalidad en el personal de salud. Como ya lo tocamos, no todos los médicos están sensibilizados en ese tema de la atención pluricultural o multicultural y reconocernos como una sola sociedad (PS53OAX).

Algunos de los entrevistados manifestaron preocupación por la ausencia de insumos de las parteras y reconocieron--en coincidencia con la opinión expresada por muchas parteras-- que ha habido una franca disminución en los materiales de apoyos para ellas en los últimos años. Se relacionan estas carencias con las limitaciones que ellas enfrentan ante una complicación durante o después del parto.



Otra también de las dificultades, de las desventajas, es que las parteras no cuentan con todos los insumos necesarios, entonces no tienen el equipamiento médico, no tienen tan[poco] el mobiliario, ni la infraestructura. Entonces considero que también una de las posibles complicaciones que pueda presentar una mujer, es después del parto, una sepsis puerperal, una infección que se haya ocasionado después del parto. Otras de las dificultades pues es la comunicación en el sentido de la lengua materna (PS57OAX).

Ha sucedido más cuando nos llega una embarazada complicada, entonces qué es lo que hicimos, una vez una embarazada que se les complicó nos la mandó, no la acompañó el partero. Lo que hicimos fue, yo le giré un escrito al agente de policía que me localizara a las parteras de esa localidad, que son como tres parteras. Vinieron y aquí el médico las instruyó, les dio una capacitación "Miren detectamos este problema, esta embarazada nos llegó así, cuando ustedes vean a esta embarazada complicada por sangrado, por eso, entonces traten de referirla con nosotros, no se arriesguen porque también tenerlas en su comunidad es un problema" (PS57OAX).

Otros prestadores de salud, especialmente del segundo nivel de atención, tienen una relación más lejana con ellas y aunque posiblemente tengan actitudes de empatía, no se vinculan directamente y no tienen una relación cotidiana, por lo que es común que desconozcan la labor de las parteras:

No, como hospital, relación con parteras no tenemos. Sabemos que en las comunidades como Jicayán, Don Luis, San Miguel, hay parteras, pero como tal la partera no se acerca con nosotros, quizás el equipo zonal tenga más contacto con ella, el Centro de Salud o las conozcan, las ubiquen... Nosotros como hospital, no; yo no las identifico, no vienen con nosotros. Me parece que en el primer nivel se reúnen y mantienen el contacto con ellas. Nosotros somos hospital resolutivo nada más ya nos dicen "fue atendida por una partera". Ya no llega la partera con nosotros y ya no sabemos quién es la partera (PS04OAX).

Frente a las barreras, también se plantearon aspectos a fortalecer. Varias de las personas entrevistadas identifican que faltan procesos de sensibilización respecto al trabajo de la partería, así como generar espacios de encuentro de saberes y experiencias, que permitan al personal de salud fortalecer el trabajo conjunto con parteras:

Sensibilizarnos en la importancia o en el rol que tiene la partera tradicional. Y esta situación debemos fortalecerla desde el primer nivel de atención, es decir desde los centros de salud. Primero, que haya un enriquecimiento o un encuentro mutuo, porque de alguna manera como personal médico debemos comprender que hay conocimientos tradicionales que son muy importantes y que deben ser aprendidos. Consideramos que ese sería un punto de inicio o un punto de partida primero, que haya un enriquecimiento entre la partera y el centro de salud (PS41OAXColectiva).



Creo que lo primero que tenemos que hacer es volver a sensibilizar, a sensibilizar a todo el personal de salud de los hospitales, de los centros de salud, sensibilizarlos así como están haciendo ahorita, sensibilizarlos en el parto humanizado pero que se haga esta parte muy intensa, muy intensa debido a que este vínculo se haga con la sensibilización poco a poco acerca de la importancia de las parterías. Para que nosotros, al estar ya sensibilizados en este tema, podamos darle apertura a que las parteras acudan a los hospitales a capacitarse (PS41OAXColectiva).

Mientras nosotros como Red Integrada de Servicios tengamos bien capacitado a nuestro primer nivel de qué hacer en caso de una emergencia y que la partera esté súper vinculada a su centro de salud, que lo vea como suyo, ahí ya ganamos todo (PS35OAX).

También, se hizo hincapié en que, desde el nivel institucional de salud, puedan generarse espacios de capacitación y establecerse un dialogo constante, fortaleciendo así las relaciones entre personal de salud y parteras:

Yo creo que al menos como segundo nivel de atención, el hospital tiene la obligación y debe de aperturar sus áreas de ginecoobstetricia para que la partera pueda venir a capacitarse, pueda venir a su entrenamiento en servicio y de alguna forma que no pierda ese vínculo. De tal forma que si yo tengo una debilidad o una situación como partera pues pueda venir a mi hospital, a mi enseñanza, a mi área de Toco, aquí con las direcciones y decir ¿sabe qué? Este, pues, denme otra capacitación porque me llegó un caso así y no supe manejarlo o no supe qué hacer (PS41OAXColectiva).

De tal forma que si el doctor no hizo bien los protocolos, pues mandarlo a capacitar, mandarlo a retomar aspectos que tiene la obligación de saber y de hacer. Va lo mismo para la partera ¿sabes qué? tú viste a la paciente, seis controles, siete controles y no le tomaste la presión, no le tomaste su azúcar, no la mandaste a hacerse ciertas cosas que podías, porque ella acude a ti porque te respeta porque pues ve en ti una persona que le va a ayudar, el lenguaje, muchas cosas (PS41OAXColectiva).

La capacitación también con los hospitales para la sensibilización de que si llega una partera con una paciente, pásele, y no el cuestionamiento, por qué, por qué no hiciste esto, por qué, por qué... O sea, entender, que sea esa empatía (PS60OAX).

La falta de espacios donde las parteras puedan atender se mira como una problemática, pues el contar con casas de salud o albergues para mujeres embarazadas, de alguna manera contribuiría a disminuir partos que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada o de su hijo o hija, así como a disminuir las muertes maternas:

Contar sobre todo también con una casa AME, que tuviéramos un albergue para ella, para las embarazadas, y eso nos ayudaría muchísimo...que cuenten con una infraestructura digna para la atención a sus embarazadas, y que nos refieran oportunamente a las embarazadas complicadas. Que nosotros también contemos con un albergue,



quizás para que la embarazada se sienta confiada y esté cerca, y pues el acceso sea mucho mejor, entonces considero que son unas peticiones muy necesarias, que lo hay, pero que se puede mejorar considero. Así como crear una casas de salud, que las casas de salud tengan un espacio también para que ellas puedan dar la atención, que sea un vínculo entre la auxiliar de salud y el agente de policía o el comisariado y también la partera, también que sea como algo estrecho, considero que eso funcionaría también muy bien, y reconocer la labor de ellas (PS57OAX).

Igualmente se reconoce la importancia de proveerles de los insumos requeridos para su trabajo:

No negarles el apoyo, también el apoyo con insumos, dotarlas con insumos para que puedan continuar con su labor, oxitocina, ácido fólico, grasas, alcohol, y material de protección porque ahora ya con eso es indispensable el cubrebocas y que continuaran con sus capacitaciones, su apoyo económico... Porque ellas dejan todo por sus pacientes y a veces ni cobran, dependiendo de la comunidad en la que sea; a veces ni les pagan o les pagan poco (PS59OAX).

3.3 Capacitación

En los procesos de capacitación se busca que las parteras adquieran "las competencias" para atender a las mujeres embarazadas; o sea, las competencias biomédicas básicas. Habría que recordar que la conceptualización original de la capacitación de parteras (en general y no solo en Oaxaca) parte de un supuesto que tiende a no reconocer los saberes que ellas ya tienen y que han sido adquiridos por la experiencia, aun si el personal que está a cargo de estas tareas en muchos casos sí, reconoce esos conocimientos previos, sobre todo si ya lleva tiempo de relacionarse con ellas.

Las capacitaciones son un instrumento de difusión de los conocimientos biomédicos, pero también cumplen con una función de control hacia las parteras y terminan subordinando ideológicamente los saberes tradicionales, ya que se siguen desarrollando desde la verticalidad y a partir de saberes biomédicos que transmiten doctoras y doctores.

Aunque tienen una duración de una semana cada año (o dos, si mucho), eso no garantiza que en efecto los saberes biomédicos de las capacitaciones les ayuden a las parteras a evitar una muerte materna o neonatal, ya que no siempre se transmiten de la manera más apropiada a nivel cultural; tampoco, evitar muertes depende solo de conocimientos adquiridos, sino de poder tener un acceso fluido y oportuno a estructuras resolutivas en caso de complicaciones. Sin embargo, las parteras perciben estar capacitadas como un respaldo, como una garantía de que no serán demandadas en caso de que una complicación o hasta una muerte ocurra:



Sí me gustó y porque también nos dijeron ellas que pues era un respaldo para nosotras. (...) pues así mi trabajo se puede decir que tenía más validez ¿No? Es una mejor presentación porque no nos tomaban [en cuenta] como decía, había dicho la enfermera que "nosotras éramos parteras pues esto [cambia]. Nos decían porque no sabíamos nada, según ellas (017OAX).

En general, las capacitaciones reciben una valoración positiva por parte de las parteras y parteros, ya que son espacios donde, además de aprender nuevos conocimientos, coinciden con otras compañeras de la práctica. Estos cursos eran el único medio en el cual las parteras recibían, ocasionalmente, apoyo para gastos de traslado y alimentación; sin embargo, ahora ya no hay fondos para eso y generalmente ellas costean estos gastos.

Para algunos parteros y parteras, estar capacitadas les da el derecho de ejercer y complementa ese "permiso" que se abre con el registro:

E: Atender los partos... ¿Usted conoce si tiene ese derecho?

- Sí, porque como ya fuimos capacitados ¿No? (019OAX).

De manera articulada las parteras y parteros que asisten a las capacitaciones mencionaron contar con una credencial emitida por los SSO donde se menciona que se les reconoce como parteras tradicionales. No está claro el procedimiento mediante el cual se les entregan las credenciales. Sin embargo, sí está claro que la credencial es la materialización del permiso y de estar reconocida formalmente por la Secretaría de Salud:

[La credencial] significa que tenemos derecho al trabajo, a atender a la mujer. Esto nos da la garantía para poder trabajar (024OAX).

El proceso de capacitación, seguido del registro, se refuerza en las parteras y parteros como un requisito necesario y casi incuestionable para poder atender a las mujeres:

Pues tienen que ir y darse de alta con la Secretaría. Lo conveniente es que están capacitadas y acreditadas para poder trabajar. No trabajar nomás por trabajar (024OAX).

Sí. A eso vamos [a la capacitación] ... para que nos capaciten, para que nos asesoren y nos acrediten y nos den la constancia (024OAX).

En general, estos cursos no tienen un enfoque lingüístico y cultural apropiado; por ejemplo, no contemplan el analfabetismo o la edad de las parteras. En las capacitaciones se reafirman principalmente dos mensajes: referir a las mujeres durante el embarazo al control prenatal de los centros de salud y canalizar las complicaciones que se llegaran a presentar.

Normalmente, es en estos espacios donde se entregan a las parteras y parteros la formatería para dar seguimiento al control del embarazo y el parto y las hojas de recién nacidos. Antes de la pandemia, cada mes las parteras debían entregar al centro de salud correspondiente



o a la Caravana que visitaba su localidad, los controles de embarazo de todas las mujeres que acudieron con ellas. Sin embargo, varias parteras no saben leer o escribir y el llenar estos formatos se les puede complicar.

Antes de la pandemia, las capacitaciones se realizaban cada año, por lo regular durante una semana. Con la pandemia y también por los recortes presupuestales, se han interrumpido. Desde la perspectiva del personal, la ausencia de las capacitaciones durante o inmediatamente después del periodo de la pandemia, ha generado molestia y sentido de abandono entre las parteras. Además, en algunos casos, está poniendo a riesgo la estrategia de vinculación de los SSO con ellas, en cuanto al registro y el control de la información de las atenciones que las parteras desarrollan con las mujeres en sus localidades:

También en este momento las parteras también están un poquito como molestas, porque como la última vez que se les capacitó fue en 2018, 2019. Sí, hemos capacitado, pero ha sido como un recurso aparte que hemos conseguido 2019, 20 y 21. No, 2019 fue antes de la pandemia que capacitamos. Y de ahí para acá las hemos soltado, no hemos tenido este, cursos con ellas, y ellas no lo entienden mucho. Pero la verdad es que ahí no es que yo esté a favor del Estado ni mucho menos, lo que pasa es que son viejitas y si cuando las traemos a veces se nos enferman, porque hay pues es que el viaje, la comida, ya me dio diarrea, le duele la panza, se le sube la presión. Y entonces ahora vamos a traerlas y no estaban vacunadas y todo eso... No, pues, no, pero este, pues sí se tienen que retomar las capacitaciones, porque se sienten ellas como que ah pues ya me olvidaron, yo tampoco entrego información, ya tampoco hago esto. Están un poco rebeldes (PS60OAX).

3.4 Certificado de nacimiento

El certificado de nacimiento es un tema relevante por la importancia que tiene entre los familiares, ya que es indispensable para la expedición de las actas de nacimiento para los recién nacidos. Es una problemática que fue señalada repetidamente entre las parteras y también fue mencionada por el personal de salud. Una diferencia importante es la visión respecto a ello, pues mientras para las parteras es una de las dificultades más serias para su accionar, desde la perspectiva del personal de salud no parece haber mayor problema al respecto:

En este caso, como el certificado oficializó en el estado, y fue en el año de 1996 que se oficializó el certificado de nacido vivo por la partera. Antes de [eso], sólo mandaban un papelito para que se registraran los niños, pero no tenía ningún reconocimiento. A partir de que se les dio el certificado ... pues la partera ya tenía un documento oficial en el cual ella pues lo firma. Entonces, la partera desde 1996 con nosotros como programas está certificando. Pero, con la llegada del licenciado Enrique Peña Nieto se manejó el Certificado de Nacimiento. Pero, nosotros como Estado, seguimos manejando el certificado a través de la partera con el formato del Certificado de Nacido Vivo, que se



intercambia en la unidad de salud [con el Certificado de Nacimiento] y el personal de salud es el responsable de realizar el llenado del Certificado de Nacimiento, porque en una parte viene quien atendió el parto y ahí dice: médico, enfermera, partera, u otros y ahí se señala con una X donde corresponde. En este caso sería "partera tradicional" (PS07OAX).

Al igual que en la mayoría de las entidades, el procedimiento utilizado respecto al certificado es que las parteras tienen el formato con tres hojas de colores que tradicionalmente han usado, las cuales se distribuyen otorgando uno a la mujer para que ella o la familia las canjee en el centro de salud por el certificado de nacimiento, otro permanece con la partera y el tercero es entregado por ella a la jurisdicción (en algunos casos a través del centro de salud y en otros directamente en la Jurisdicción). Aquí una de las dificultades reseñadas por las parteras es que no se les daban nuevos formatos hasta que no entregaran los previos y eso significaba para ellas pagar el desplazamiento hasta el centro de salud (el cual no siempre tiene este formato; por ejemplo, durante la pandemia no hubo siempre distribución y varios centros de salud se quedaron sin personal). La mayor dificultad es cuando ellas deben trasladarse hasta las oficinas jurisdiccionales considerando que, además de los costos y el tiempo, durante la pandemia implicó un riesgo para ellas, pues significaba desplazarse en transporte público hasta dichas oficinas.

El robo de niños aparece como el principal argumento para negar o dificultar el acceso a los certificados de nacimiento. Este argumento fue reseñado tanto por parteras, como por personal de salud y se vuelve uno de los mecanismos más efectivos para desestimular la atención de partos por parteras:

Yo le dije: mira, si el Seguro no quiere (darte el certificado), ¿quien sabe? Yo dudé ¿que tal si es un niño robado? Ahorita todo está bien entrelazado, tú no puedes emitir un Certificado, ahorita ya cambiaron [las reglas] (PS05OAX).

Sí, bueno, la situación aquí precisamente se ha hecho de esa manera por una cuestión de robo de infantes más que nada. Por eso, un médico, por ejemplo, si a mí me llega una mujer con bebé que quiere registrar, primero tengo que asegurarme que este bebé, que yo la vi embarazada primero, si no [le dice a las mujeres] "¿A ver en dónde está su control?". Verificar si fue a otra unidad o fue a un médico particular que le extienda una constancia que efectivamente diga que ella estuvo embarazada y que llevó algún control. Si se atendieron con partera en su casa, pero que sí constate que estuvo embarazada (PS36OAX).

Sí y que se compruebe que llevó un control prenatal... O sea, todo esto porque, desgraciadamente, las parteras en su buena fe, atienden el parto o le dicen "¿sabes qué? el bebé nació en mi casa, no pude atenderla contigo como partera, pero certifícala"... Pues, desgraciadamente no sabemos el origen de ese bebé, por cuestiones de que a lo mejor se regaló entre la familia. Yo lo único que le digo es que comprueben en las unidades que la mujer estuvo embarazada a través de su carnet perinatal que es un



documento que nosotros integramos o que esté ingresada en el censo de embarazadas de las unidades de salud (PS53OAX).

También hubo testimonios de personal de salud indicando que no hay dificultad con los certificados de nacimiento y que, cuando surge un problema, es porque los familiares no acuden pronto a hacerlo:

Que a veces no está el personal, o que a veces no tienen formatos y muchos de los casos los papás tienen la iniciativa en un momento y después no regresan... Y, entonces, es hasta después del año que ya vienen a registrar al bebé (PS07OAX).

Disponibilidad de formatos no, siempre cuento con certificados. La otra dificultad, que bueno que lo menciona, es acerca del trámite. ¿Qué sucede? Que a veces por la misma situación precaria de las personas, o a veces, por el acceso a los servicios de salud, o la dificultad para trasladarse a la unidad, dejan pasar mucho tiempo y a veces los trámites no los realizan con tiempo. Pasan dos o tres meses y vienen luego a certificarse, y eso por lo general ocurre cuando son partos que quizás no fueron atendidos por una partera, porque también los auxilia el papá o la suegra o quien esté en ese momento (PS57OAX).

Lo cierto es que, si bien en Oaxaca se aprobó una ley en el mes de octubre del 2022 que declara que el Registro Civil debe de reconocer como válido el documento emitido por las parteras para registrar un recién nacido, y si bien el grueso del personal señala que no hay dificultades, en la práctica hay testimonios que indican que no es tan sencillo obtener un acta de nacimiento en el Registro Civil y que el Certificado de nacimiento oficial se sigue requiriendo:

No, nosotros con el servicio de salud no lo hemos tenido tanto (el problema de canjear la hoja de la partera). Con quien los hemos tenido mucho es con los registros civiles porque ellos todavía como tal no reconocen este certificado de la partera. Entonces tenemos que hacer el canje al certificado de nacido vivo. Entonces, si de por sí el formato ya para un médico es complicado, mucho fe de erratas por eso viene en la parte posterior la fe de erratas, ahora imagínese para la partera... (PS53OAX).

Se plantea también que un niño no puede irse del hospital sin su certificado de nacimiento pero en la práctica se recabaron testimonios que indicaron lo contrario, que no había certificados de nacimiento en el hospital, o no les avisaron a los familiares que tenían que pasar a recogerlo antes de que la madre y el bebé fueran dados de alta; aun si, desde la perspectiva del personal de salud, son siempre los familiares los que tienen la responsabilidad de no haber realizado el trámite como se debería de hacer:

Un niño no se puede ir del hospital sin su certificado de nacimiento, y ya para que vayan directo al registro civil a que les den su acta. Ahí pasa otra cosa, ahí ya es dejadez de los padres que no acuden en tiempo y forma... Entonces él era parte, como su respon-



sabilidad del señor, que no lo había, no había hecho el trámite... Pero en ningún hospital, se puede ir sin eso (PSO6OAX).

Independientemente de quién es responsable, lo que resulta evidente es que el establecimiento del Certificado de Nacimiento como requisito, ha implicado múltiples trabas para las familias; trabas que al final, vuelven más difícil y complejo el registro de los recién nacidos.

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

En las entrevistas realizadas con las parteras de Oaxaca, emergieron algunos hallazgos importantes respecto a cómo ellas perciben la relación con el Sector Salud, cuáles son las dificultades que enfrentan y, sobre todo, qué están proponiendo ellas para resolverlas.

En resumen, las parteras mencionaron diferentes dispositivos de articulación con las instituciones y de control de su trabajo por parte del Sector Salud; entre ellos, los registros, censos, capacitaciones, certificación de competencias, reportes mensuales, hojas de registro de nacido vivo, credencialización, sellos y procesos de expedición de certificados de nacimiento.

Del mismo modo manifestaron situaciones de discriminación (por clase, raza y género) por parte del personal de salud, a través de regañones, intimidación, amenazas o comentarios racistas, entre otros.

Desde la perspectiva de las parteras, el Sector Salud tiene un gran desconocimiento de su labor y saberes, además de invisibilizar su función y sus aportes. En su discurso ejerce discriminación al inculcar prácticas de atención desde la superioridad del saber biomédico y del “conocimiento científico” frente a otros saberes que no se reconocen como tales o la idea de que la ausencia de estudios formales invalida o demerita sus conocimientos. En el mismo sentido perciben una constante falta de apoyo, especialmente, en cuanto a recursos y gastos relacionados con la referencia de casos complicados.

No es entonces de sorprender, que **una de las demandas más importantes** que manifestó la gran mayoría de las parteras es **el reconocimiento pleno de la partería tradicional y de sus aportes a la salud materna por parte del Estado:**

Reconocimiento. No es pago sino un reconocimiento de su trabajo que... s[e] hace, que está conservando la cultura y lo que está conservando la tradición (004OAX).

Ese reconocimiento que se exige, incluye también a las autoridades locales, de los municipios donde operan las parteras:



Pero también el municipio que nos, que nos den un poquito de, de recompensa pues de que los trabajos que vamos hacer juntos con ellos por eso están el Centro de Salud (...) para que todos juntos podemos hacer el bien de la población. Esa, esa es nuestra misión, eso es lo que le digo yo a mis compañeros, no tanto dinero que nos de el Municipio pero que nos den algo, o que nos apoyen en algo, de nuestro trabajo que estamos haciendo (004OAX).

Una segunda demanda que salió a relucir en Oaxaca (y que ya se insinúa en el testimonio anterior) **es la necesidad de poder contar con una compensación económica digna, a cambio del trabajo que desempeñan las parteras; esto incluye, mínimamente, el apoyo económico cuando se reúnen con el personal de salud:**

A veces cuando yo fui de noviembre, viene uno, antes todavía tiene dos o tres años... ¡No me da nada ahora! Dice que hasta ahí aguinaldo dice, aunque sea un poco aguinaldo, porque estamos trabajando, porque damos papel por allá, aunque sea un poco por allá, viene aguinaldo así viene, pero ahora de ahí no, porque dice que no da el gobierno (061OAX).

Luego dicen que no había recursos, anteriormente, hace dos o tres años cuando entré que ya no había recursos pero la enfermera que nos trae dijo "yo sí voy a pelear que bajen recursos para las parteras y para pagar a donde van a estar, pagar la comida, porque vienen muchos parteros de los ranchos" (006OAX).

En Oaxaca, es común que las parteras demanden apoyo con los equipos e insumos que necesitan para desempeñar de manera adecuada su trabajo:

Nos dieron maletín, con accesorios así de la campa..., corneta, una navajita de rasurar, cordón umbilical, gasas, nos dieron pero solamente Peña Nieto [no] (010OAX).

E.¿Cuáles son sus necesidades como partera, qué le hace falta para hacer su trabajo mejor?

-Ah, pues yo digo que le falta ese material, material de partera, ¡ya tiene año! que sí me dieron pinza, tijera, cerillo, pero pedí ese pase yo la compra a veces, yo me dieron ligadura a para amarrar, pero yo también compro mi algodón más fuerte amarrar la ligadura, algodón, pues jabón menos, compra la paciente a veces lo compra, lo que falta para trabajar es la tijera, pinza. (061Oax).

Otra demanda que emergió **es la necesidad de tener una relación de mayor cooperación y apoyo con los SSO para la atención de las complicaciones:**

Si quieren [el personal de salud], ponemos un cuarto especial para los parteros para que trabajemos juntos ahí, que esté...a lado de la clínica... Un cuarto o una casita para partera tradicional si nosotros vemos que esta complicado el parto, "oye doctor, ven a acompañarme... La misión de nosotros queremos trabajar junto con...con, con esa, con



el Municipio o con el...con el Centro de Salud para que también este...Nosotros sabemos salvamos vidas pues para nosotros los parteros, ¡ajá!, el servicio es la misma rama (004OAX).

Finalmente, salió a relucir que las parteras y parteros demandan que la hoja de registro que entregan a los familiares del recién nacido tenga la misma validez que el Certificado de nacimiento y que no se deba de pasar por el centro de salud o el hospital para que las familias puedan obtenerlo:

pues por eso lo que queremos que estemos registrados! Si verdaderamente estemos registrados, ¡que nos reciba el Registro Civil! Si estamos reconocidos ante el gobierno que también nos reconozca al Registro Civil (004OAX).

Para finalizar y por su claridad y elocuencia, reportamos en síntesis lo expresado por un grupo de parteras en un taller que se realizó a finales del 2021 en su localidad:

Que el sector salud nos deje trabajar libremente, que otorguen el certificado de nacimiento a las parteras y que este tenga validez, que dejen de persuadir a las mujeres para que no se atiendan con las parteras, que no las hagan esperar cuando acompañen a la mujer y al bebé a la prueba del tamiz, que el tamiz neonatal puedan realizarlo las parteras; que reciban apoyo para la compra de materiales, que no otorguen apoyo económico a las parteras para que dejen de trabajar⁷; que no discriminen a las parteras; que exista coordinación entre médicos y parteras, que los partos atendidos por partera sean registrados como tales en el certificado de nacimiento; que se reconozca el trabajo de las parteras y ser reconocidas como parteras tradicionales y como defensoras de derechos.

4.2 Problemática y demandas de acuerdo al personal de salud

En síntesis, las problemáticas más importantes identificadas por el personal en el campo de las políticas en salud, la salud materna y la partería tradicional son las siguientes:

- Incertidumbre frente a las transformaciones del Sistema de Salud y su impacto en las condiciones de contratación y disponibilidad de personal de salud.
- Importancia de las políticas de gratuidad en la atención materno-perinatal, pero su imposibilidad de implementación por las carencias de recursos materiales (insumos equipo, falta de transporte o de gasolina, algunos medicamentos, sangre y plaquetas, entre otros), recursos humanos (falta de especialistas en los hospitales) y recursos financieros (por ejemplo, para costear los gastos de traslados).

7. Se refieren específicamente a la compensación económica que reciben las parteras por parte del programa IMSS-Bienestar, el cual les pone muchísima presión para que dejen de atender partos en sus zonas de cobertura.



- Debilidad de recursos para partería y en las estrategias de prevención de muerte materna, detección temprana de complicaciones y respuestas comunitarias en el primer nivel de atención. No se atienden partos de bajo riesgo en el primer nivel y se satura el segundo y éste desconoce o no tiene relacionamiento directo con parteras tradicionales.
- Falta de recursos, materiales y personal asignado específicamente para la capacitación de las parteras. En todas las referencias a cursos, talleres, ante la ausencia de recursos se establecieron alianzas con otras instancias (p.e. ayuntamientos, DIF, organizaciones civiles).
- Ante los problemas de mortalidad materna, la necesidad de seguir capacitando a las parteras para la identificación de complicaciones y la referencia oportuna.
- Reconocimiento de la cercanía de las parteras con las mujeres embarazadas; sin embargo, ante la posibilidad de complicaciones les asignan un rol principal o exclusivamente en la referencia hacia los servicios de salud.
- Las personas responsables de partería a nivel estatal o jurisdiccional, identifican discriminación o falta de valoración de la labor de la partera principalmente del personal nuevo, pasantes y en los hospitales.
- Son recurrentes las referencias a la ausencia de recursos específicos para el tema de partería.
- El personal de la SSO identifica diferentes requisitos y pasos para la expedición de certificados de nacimiento, refiriendo barreras y nudos principalmente en las unidades de salud del IMSS-Bienestar.

En específico en relación a las parteras, el personal de salud entrevistado, especialmente el de mayor tiempo trabajando con parteras, destaca la importancia de su labor y señala la necesidad de dar mayor difusión de sus aportes y la necesidad de otorgar reconocimiento a su trabajo:

Tiene mucha importancia y deberíamos de dar un poco más de prioridad y apoyo a la partera, brindarles un poco más de apoyo, porque tenemos el registro, pero no sirve de nada si no tenemos la forma de apoyarlas, y ahorita les queremos dar un lineamiento que siendo honestos a veces ni nosotros mismos leemos (PS59OAX).

Pues algo muy importante [es] el reconocimiento y no nada más a nivel el reconocimiento a nivel de salud sino el reconocimiento del apoyo, un rubro etiquetado para sus insumos que ellos manejan. Porque muchos de esos insumos ellas los pagan y muchos los solicitan a la paciente. Entonces más que nada el reconocimiento económico y también que existiera un programa a nivel federal exclusivo para parteras en el cual se



les de seguimiento. Si nosotros nos vamos a nivel federal y preguntamos cuántas parteras hay, yo creo que no saben cuántas parteras hay a nivel nacional (PS53OAX).

Propuesta? Creo que sí se necesita más de difusión porque sí tienen conocimiento de que hay parteros, pero luego no conocen dónde. Por ejemplo, hay comunidades que no saben que en su comunidad sí hay; sin embargo, vienen hasta la otra o van hasta la otra localidad a buscar un partero. Porque sí se necesita apoyo, apoyarlos demasiado en la difusión. De hecho, cuando yo tengo consultas y le digo, "¿Sabes qué? En tu comunidad hay una partera. Si no puedes venir aquí, allá puedes ir con tu partero y te tienes que hacer tus estudios y todo. Si todo viene bien, la partera puede atender tu parto, pero si el bebé viene en posición de que no va a poder el partero", le digo, "él de todos modos le hace de conocimiento". Y, sí necesitaría difusión más que nada y, pues..., que las sigamos apoyando (PS58OAX).

Algunas propuestas para atender las barreras identificadas, así como sugerencias para fortalecer la partería, incluyen en primer lugar robustecer la relación entre las parteras y los servicios de salud:

Es momento de retomar el tema porque es el estado de Oaxaca un estado multicultural y al ser un estado con muchas culturas, con mucha diversidad, sí necesitamos implementar estrategias con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y [fortalecer] el vínculo entre las unidades de salud con las parteras. Creo que lo primero que tenemos que hacer es volver a sensibilizar, a sensibilizar a todo el personal de salud de los hospitales, de los centros de salud, sensibilizarlos así como están haciendo ahorita, sensibilizarlos en el parto humanizado. Para que nosotros, al estar ya sensibilizados en este tema, podamos darle apertura a que las parteras acudan a los hospitales a capacitarse (PS41OAX).

Considero que primero sería reforzar el vínculo entre parteras y centro de salud porque como partera si al médico ya lo respeta, e incluso a veces hasta le tiene miedo, ahora venir al hospital a ver este tipo de temas, yo considero, yo considero que a la partera la supera. O sea, estamos hablando que una partera tiene cierto nivel de conocimiento, lo que más le va a la partera es la experiencia pero, a veces, no se va a poner a platicar de tú con el ginecólogo. Considero más que hay que enfocarnos en primer nivel y nosotros enfocarnos; o sea, primer nivel con la partera y nosotros con el primer nivel, o sea mientras nosotros como Red Integrada de Servicios tengamos bien capacitado a nuestro primer nivel de qué hacer en caso de una emergencia y que la partera esté súper vinculada a su centro de salud, que lo vea como suyo. Ahí, ya ganamos todo (PS35OAX).

La verdad sí reconozco el trabajo de las parteras, y pues a mí me gustaría trabajar de la mano, pero sí siento que lo que funcionaría bien, si se va a implementar un lineamiento, una norma oficial, me gustaría que también se creara un organismo que se dedicara exclusivamente a las parteras y que el apoyo que se les brinde sea muy productivo, sea muy productivo. Y que se le dé continuidad también a los programas, que



las capaciten, que tengan los insumos necesarios, que exista un equipamiento, así como crear una casas de salud, que las casas de salud tengan un espacio también para que ellas puedan dar la atención (PS57OAX).

Se mencionó la importancia de servir de apoyo y soporte ante las dificultades que las parteras enfrentan:

Ellas, saben cuando tienen una complicación. Estoy adelante de ellas antes de que amenace el familiar o alguna cosa, ¿no? Busco la justicia entre ambas partes, nosotros tenemos que respaldarla para hacer la aclaración o el dictamen de la muerte porque ha habido muertes maternas donde la partera la vio, pero no la atendió y al final fallece. Culpan a la partera, sí, pero ella la refirió, o sea, ella no hizo nada para que muriera. Entonces, todas esas cosas ellas se sienten respaldadas, protegidas y evidente, ¿no? (PS54OAX).

Se recordó la necesidad de otorgarles apoyos, tanto en los insumos que las parteras necesitan, como una compensación económica por su labor:

No negarles el apoyo, también el apoyo con insumos, dotarlas con insumos para que puedan continuar con su labor, oxitocina, ácido fólico, grasas, alcohol, y material de protección porque ahora ya con eso es indispensable el cubrebocas y que continuarán con sus capacitaciones su apoyo económico porque ellas dejan todo por sus pacientes y a veces ni cobran dependiendo de la comunidad en la que sea, a veces ni les pagan o les pagan poco (PS59OAX).

Finalmente, se plantea la necesidad de generar las condiciones para facilitar su trabajo y estrategias diversas desde los distintos niveles:

Entonces es importante el apoyo de todo lo que alrededor de la partera va a estar y ser facilitadores de lo que la partera en algún momento necesitara para trasladar a una paciente de riesgo. No solamente es que la partera se capacite y vaya y apoye, no. Necesita que la comunidad, el municipio, esté consciente de que el trabajo de las parteras prácticamente también es salvar vidas (PS41OAXColectiva).

Y contar sobre todo también con una casa AME, que tuviéramos un albergue para ella, para las embarazadas, y eso nos ayudaría muchísimo. Que se le reconozca la labor, que las capacitaciones sean continuas, que cuenten con una infraestructura digna para la atención a sus embarazadas, y que nos refieran oportunamente a las embarazadas complicadas. Que nosotros también contemos con un albergue, quizás para que la embarazada se sienta confiada y esté cerca, y pues el acceso sea mucho mejor, entonces considero que son unas peticiones muy necesarias, que lo hay, pero que se puede mejorar, considero (PS57OAX).



Primero bueno, el censo que no sé ni cuántas quedaron pobrecitas cada vez hay menos parteras, segundo que el gobierno o la institución invirtiera en capacitación, tercero que realmente hubiera un presupuesto etiquetado para darles a las parteras su material, pero realmente, y que las capacitaciones sean realmente así como de cinco días o de seis... entonces es una sensibilidad de parte del prestador del servicio, cómo hacerlo, cómo tendría que ser una capacitación a la partera. La capacitación también con los hospitales, para la sensibilización de que si llega una partera con una paciente, pásele, y no el cuestionamiento "por qué, por qué no hiciste esto, por qué, por qué". O sea entender, que sea esa empatía, eso sería lo más importante y llegaríamos ahí, que se gestionara realmente, que no quedara nada más como proyecto político de todo ser presidente o no sé, las posadas... (PS60OAX).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

Una buena práctica que se encontró a nivel estatal fueron, ante la falta de recursos para las acciones de partería, la disposición y el esfuerzo de cierto personal de salud de gestionar con otros organismos (el DIF estatal, autoridades municipales o locales, DIF municipales, etc) el recurso para poder, por ejemplo, reembolsar el transporte y ofrecer alimentos a las parteras durante encuentros y cursos.

Se encontró también que el personal encargado de partería a nivel estatal y en algunas jurisdicciones hace sus mejores esfuerzos para apoyar a las parteras, sobre todo cuando éstas necesitan poder hacer las referencias de mujeres con complicaciones. Una constante fue que es el personal que lleva más tiempo en estos cargos, él que más reconoce el valor de la partería y el que más intenta apoyar.

Finalmente, en Oaxaca se expidió una nueva ley en 2022 que mandata a los Registros Civiles del estado de recibir el Certificado de Nacido Vivo que manejan las parteras y otorgar a cambio el registro de los recién nacidos y el acta de nacimiento, aun si los padres no presentan el Certificado de Nacimiento que emiten las instituciones de salud. La implementación de esta ley tendría que resolver en gran parte el problema que las parteras tradicionales han enfrentado en Oaxaca con la expedición de los Certificados de Nacimiento.

5.2 Recomendaciones

- Realizar talleres de sensibilización permanentes y continuos, con el personal de salud del primer y segundo nivel de atención del Sector Salud, sobre los derechos de las parteras tradicionales e indígenas de ejercer la partería de manera libre, con respeto y autonomía; el marco legal de la partería tradicional en



México; y el derecho de las mujeres embarazadas de escoger la atención que ellas prefieren, sin ser discriminadas, maltratadas, señaladas o hasta amenazadas; a fin de promover que las relaciones se realicen en un marco de respeto, cooperación, horizontalidad y no discriminación.

- Dar a conocer a las parteras tradicionales sus derechos y hacer campañas de sensibilización con las mujeres en Oaxaca para que reconozcan los beneficios de la atención con parteras en caso de embarazos y partos sin complicaciones.
- Contar con un presupuesto específico y suficiente desde el nivel federal tanto para los programas y estrategias de Salud Materna y Perinatal, como para el programa de Partería Tradicional, a nivel estatal y en las jurisdicciones; garantizando su adecuada ejecución y la oportuna rendición de cuentas. En el presupuesto para partería, asegurar la compra y la distribución adecuada y continua a las parteras de los materiales necesarios para su labor, la habilitación de espacios de encuentro, la adecuación de acciones de registro y capacitación a los contextos culturales de las parteras, y la elaboración, distribución y uso de materiales culturalmente adecuados para las capacitaciones.
- Proporcionar servicios médicos gratuitos para las parteras, incluyendo a nivel de especialidad y que éstos sean oportunos y de calidad para la atención de su salud.
- Asignar un recurso federal para que se les pueda otorgar un apoyo económico a todas las parteras activas, pero sobre todo a aquellas que son mayores y sin condicionamiento alguno a cambio.
- Dar a conocer a las parteras y sensibilizar al personal de salud, a las familias, pero y sobre todo al personal de los Registros Civiles, la nueva ley expedida en el Estado en el 2022 que garantiza que los certificados u hojas de nacidos vivos expedidos por las parteras, deben de ser aceptadas por los Registros Civiles al registrar los padres los recién nacidos.
- Garantizar la expedición oportuna y gratuita de los certificados de nacimiento en el estado por parte del personal de salud de los SSO y, sobre todo, del IMSS-Bienestar, en el caso de nacimientos atendidos por parteras. Asegurar que las parteras los puedan firmar en todos los nacimientos que ellas atienden.
- Promover un diálogo urgente y un cambio de postura a nivel institucional, para que autoridades y personal operativo del programa IMSS-Bienestar conozcan y respeten los derechos de las parteras de atender partos y de las mujeres de atenderse donde ellas quieran; con la finalidad de que se reviertan las



campañas de desprestigio, deslegitimación y prohibición al ejercicio de la partería tradicional e indígena en las zonas de cobertura de esta institución.

- Asegurar que las parteras puedan entrar al hospital acompañando a las mujeres que ellas refieren y que el personal hospitalario las trate con respeto y como interlocutoras válidas en el proceso de atención de esas mujeres.

Capítulo 4

Quintana Roo

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2021-2022)

ELABORADO POR:

MTRA. VIAANI CORAL MENDOZA LÓPEZ

INVESTIGADORA ASOCIADA AL PROYECTO



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Quintana Roo es uno de los tres estados situados en la zona maya del México. Se localiza en la península de Yucatán al Sureste de la República Mexicana. Colinda al norte con el Golfo de México, al oeste con los estados de Yucatán y Campeche, al este con el Mar Caribe y al sur con Belice. Se divide en once municipios (Cozumel, Felipe Carrillo Puerto, Isla Mujeres, Othón P. Blanco, Benito Juárez, José María Morelos, Lázaro Cárdenas, Solidaridad, Tulum, Bacalar y Puerto Morelos) y su capital es la ciudad de Chetumal. Los vestigios arqueológicos y la historia dan cuenta de la presencia e importancia de la cultura maya para la población, además de mostrarnos la vigencia de personajes como el médico tradicional, el yerbero, la herbolaria, el huesero y, por supuesto, la partera tradicional.

1.1 Población indígena

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, la población total de Quintana Roo es de 1,857,985 habitantes, de los cuales 204,949 personas mayores de tres años de edad son hablantes de lengua indígena (HLI), la gran mayoría la lengua maya. La mayor concentración de población HLI en el Estado se encuentra en los municipios de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y Bacalar (INEGI, 2020: 16 y 20). La distribución de los hablantes de lenguas indígenas en Quintana Roo se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Hablantes de lengua indígena en Quintana Roo

Lengua indígena	Número de HLI 2020
Maya	174,871
Tzeltal	7,390
Tzotzil	4,294
Ch'ol	5,801

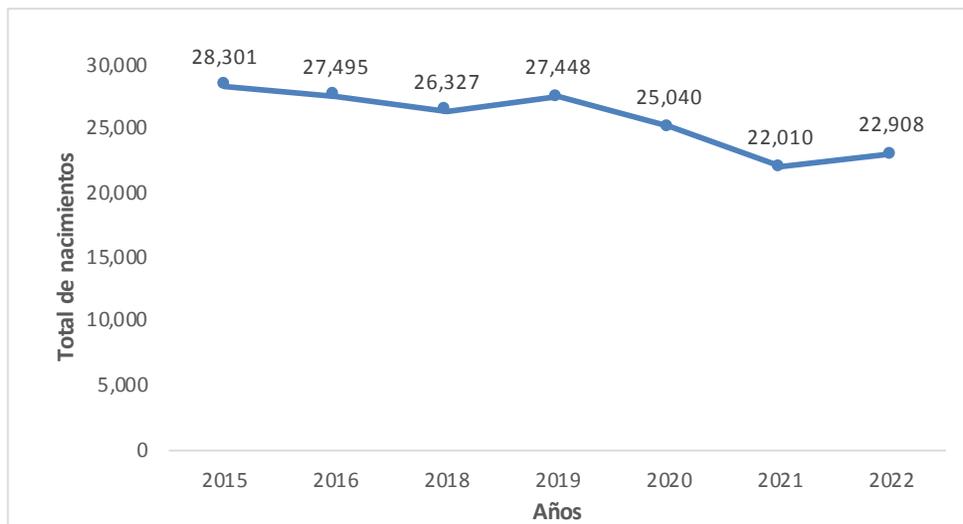
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. Elaboración propia

1.2 Datos de parteras y nacimientos

En el estado de Quintana Roo nacen aproximadamente entre 2 mil y 23 mil niños al año (véase gráfica 1). El estado presenta una baja Razón de Mortalidad Materna (RMM) en comparación con el resto del país. De acuerdo con la Secretaría de Salud del estado, para el 2022 se contabilizaron un total de ocho muertes maternas, cuatro en los Servicios Estatales de Salud (SESA-Qroo), tres en el IMSS y uno en un hospital privado.



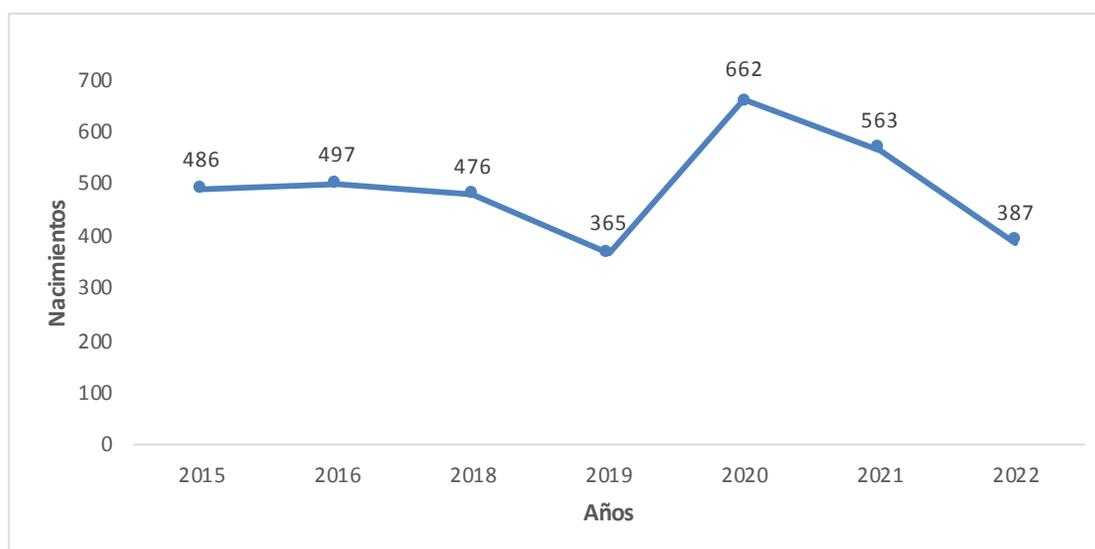
Gráfica 1. Nacimientos en Quintana Roo 2015 - 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2022

Se observa que para el 2020 se presenta un alza en el porcentaje de partos atendidos por parteras con el 2.64% de todos los nacimientos ocurridos en la entidad; para el 2021 aunque sigue siendo significativamente mayor que en años anteriores, baja a un 2.6% del total de nacimientos en el estado y para 2022, la tendencia regresa a cómo se perfilaba antes de la pandemia (véase gráficas 2 y 3).

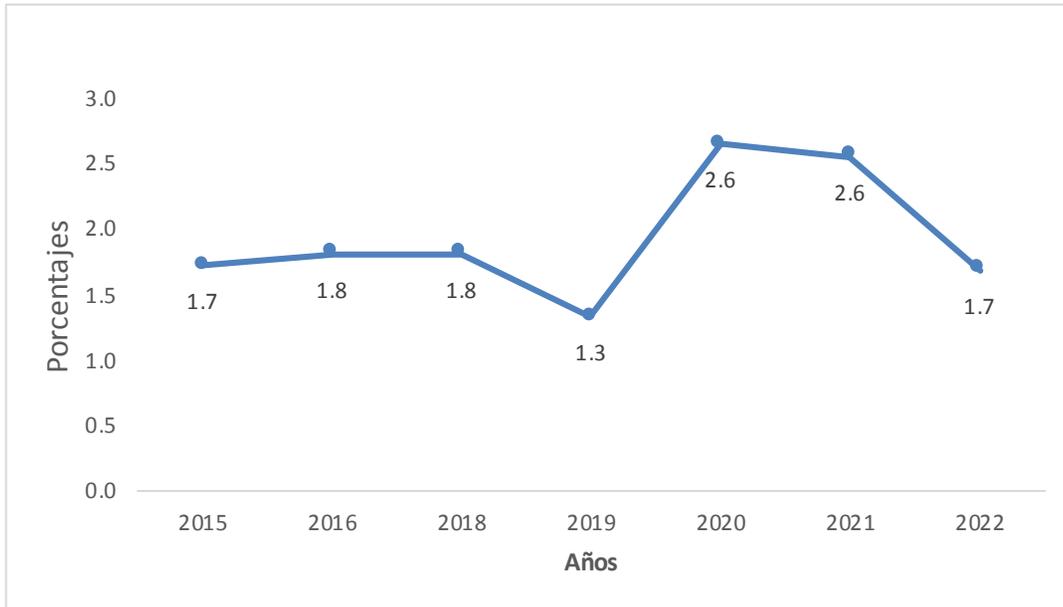
Gráfica 2. Número de nacimientos con parteras en Quintana Roo 2015 - 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022



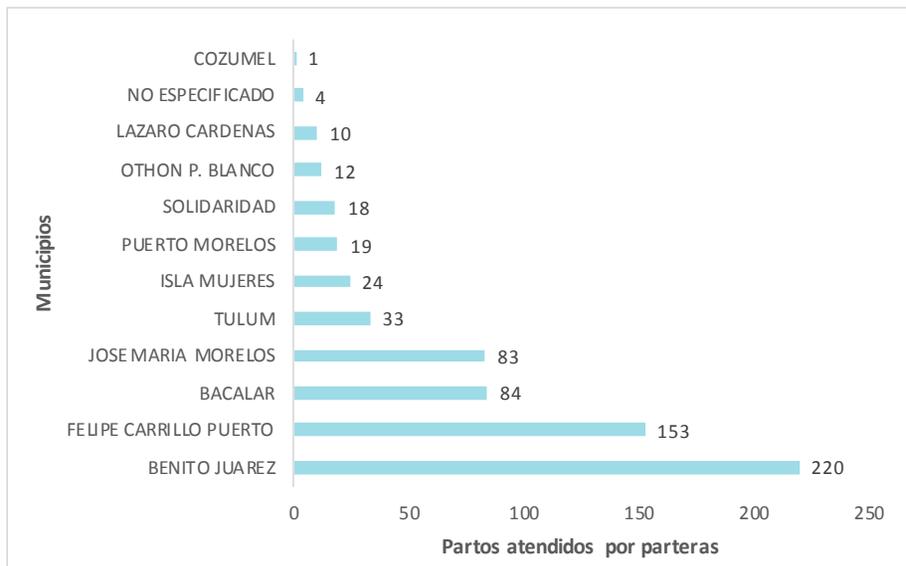
Gráfica 3. Porcentajes de nacimientos atendidos con parteras en Quintana Roo 2015 - 2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022

Se revisó la desagregación por municipio y se pudo constatar que en 2020 y 2021 los municipios que presentaron mayor número de partos atendidos por parteras fueron Benito Juárez (Cancún), Felipe Carrillo Puerto, Bacalar y José María Morelos, los tres últimos situados en la zona maya al sur del Estado.

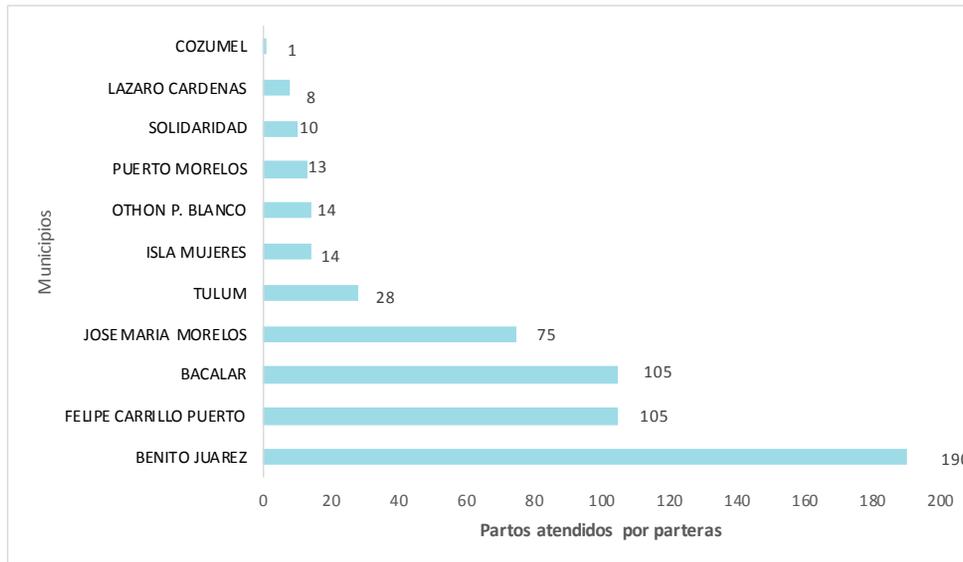
Gráfica 4. Partos atendidos por parteras por municipio, Quintana Roo, 2020



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2020



Gráfica 5. Partos atendidos por parteras por municipio, Quintana Roo, 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2021

Un censo realizado por los SESA-QRoo reporta que para el 2021 se tenían registradas 172 parteras tradicionales en el Estado, lo cual resulta un dato sorprendente, revelando, por un lado, el posible suregistro de las parteras tradicionales, pero también el difícil acceso a las zonas rurales y la ausencia de vinculación; y por otro lado, mostrando una invisibilización de otros personajes que están tomando el lugar de las parteras- donde éstas ya no existen- y que son igual de importantes y reconocidas para la atención de salud materna: “las sobadoras tradicionales”.

1.3 Características del sistema de salud

Los Servicios de Salud del Estado de Quintana Roo se dividen en tres jurisdicciones sanitarias: Jurisdicción No.1 (Othón P. Blanco y Bacalar), Jurisdicción Sanitaria No.2 (Benito Juárez (Cancún), Solidaridad, Isla Mujeres, Lázaro Cárdenas, Cozumel, Tulum y Puerto Morelos) y Jurisdicción Sanitaria No.3 (Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos). El Estado cuenta con diez hospitales: el Hospital General de Chetumal, el Hospital Integral de Bacalar, el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, el Hospital General de Playa del Carmen, el Hospital Integral de Isla Mujeres, el Hospital Materno Infantil “Morelos”, el Hospital Integral de José María Morelos, el Hospital General de Cancún, el Hospital General de Cozumel y el Hospital Integral de Kantunilkin, además de los centros de salud rurales pertenecientes a cada Jurisdicción, de los cuales 73 se ubican en la Jurisdicción No.1, 43 en la Jurisdicción No. 2, y 52 en la Jurisdicción No.3.

El Programa IMSS-Bienestar no tiene presencia en el estado. Por otro lado, el IMSS-Régimen Ordinario (IMSS-RO) cubre a las personas que son derecho-habientes a través de nueve



clínicas de las cuales destacan las que se encuentran ubicadas en los siguientes municipios: Playa de Carmen, Felipe Carrillo Puerto, Cancún, Isla mujeres y Rio Hondo. De igual forma, el IMSS-RO tiene seis hospitales ubicados en los municipios de: Cancún, Playa del Carmen, Puerto Juárez, Chetumal y Cozumel. Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con 19 instalaciones, de las que destacan tres clínicas, tres clínicas hospitales, cinco unidades familiares y un puesto de vacunación para Covid-19.

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

En el estado de Quintana Roo se realizó trabajo de campo durante el mes de mayo del 2022, partiendo de la ciudad de Chetumal en oficinas centrales y moviéndose posteriormente a la zona maya, terminando con las zonas turísticas de Bacalar y Cancún.

Durante este periodo se realizaron 16 entrevistas individuales tanto a personal de salud como a parteras, sobadoras, herbolarias y médicos tradicionales abarcando dos zonas: la zona maya de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y Bacalar, y la zona urbana turística de Cancún y Chetumal. Además, se visitó la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) y a su fundadora en el municipio de Felipe Carrillo Puerto (véase Tabla 2).

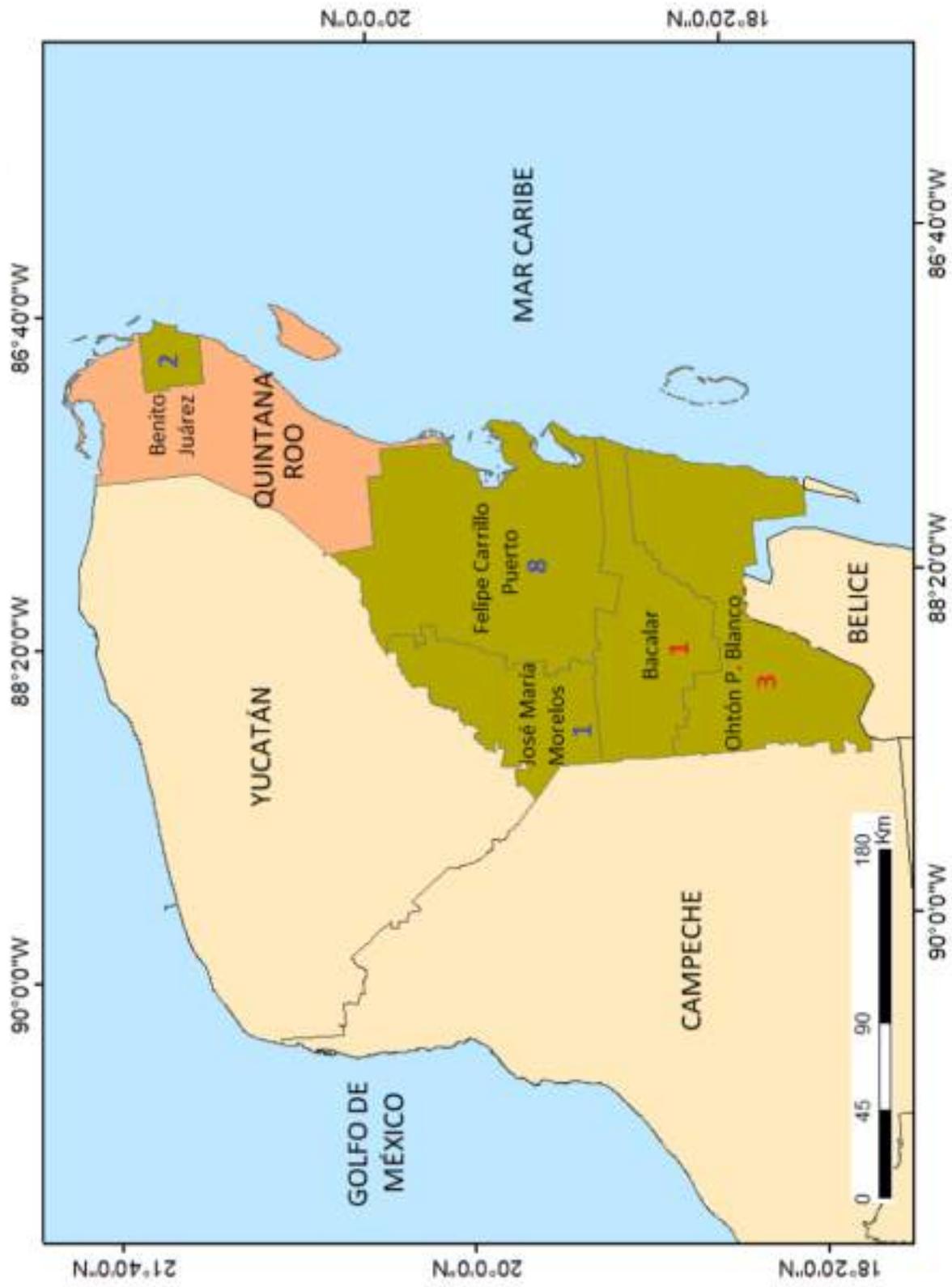
Tabla 2. Personas entrevistadas en Quintana Roo 2022

Cargo o responsabilidad		Número entrevistas
Jefa de departamento de equidad de género y salud reproductiva	Oficinas centrales de la Secretaría de Salud Chetumal	1
Responsable estatal de Salud Perinatal	Oficinas centrales de la Secretaría de Salud Chetumal	1
Responsable estatal de Desarrollo Comunitario	Oficinas centrales de la Secretaría de Salud Chetumal	1
Médico Responsable de unidad de salud	Bacalar	1
Responsable de la Casa de la Mujer indígena	Felipe Carrillo Puerto (zona maya)	1
Médico tradicional	X-Yatil (zona maya)	1
Parteras	X-Yatil, X-Pichil, Felipe Carrillo Puerto (zona maya) Cancún (Zona turística)	5
Sobadoras	X-Yatil, X-Pichil, San Luis, José María Morelos (zona maya)	4
Herbolaria, sobadora y partera	José María Morelos (zona maya)	1

Fuente: Elaboración propia con datos del proyecto



Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Quintana Roo



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto.



2.1 Perfiles de parteras entrevistadas

El promedio de años de las parteras y sobadoras entrevistadas fue de 66 años de edad, donde la entrevistada más joven tenía 46 años y la más grande reportó tener 100 años de edad. Nuestras cifras coinciden con un perfil sociodemográfico realizado por la Secretaría de Salud de Quintana Roo donde participó un tercio de las parteras registradas en el estado y cuyos resultados indican que:

Las parteras promediaban 66 años de edad, más del 50% presentan problemas de salud y el 100% tenía una demanda única que era contar con el apoyo de los servicios de salud para brindar su atención (PS13QROO).

Tanto las parteras, como las sobadoras entrevistadas se autoadscriben como mujeres mayas y hablantes de lengua indígena. La mayoría de las parteras entrevistadas son pertenecientes a los municipios con mayor índice de marginación, analfabetismo y rezago social en el estado.

Durante este primer acercamiento con el estado se lograron identificar dos grupos y seis perfiles de parteras y sobadoras que se enlistan a continuación.

El primer grupo corresponde mayoritariamente a parteras indígenas, siendo este el grupo que abarcamos en nuestro diagnóstico y al interior del cual, identificamos a cuatro perfiles distintos.

El primer perfil corresponde a parteras y sobadoras trabajando sin vínculos formales establecidos con el personal de salud; es decir, son parteras y sobadoras que nunca han acudido a una capacitación o han sido llamadas a los centros de salud, no cuentan con ningún tipo de apoyo y no reciben atención a sus necesidades de salud. Esta desvinculación es reconocida por el personal de salud el cual asienta:

"creo que hay mucho trabajo que hacer para cuando uno acude a la comunidad y conversa con las parteras, hay veces que parecen que [están] trabajando solas ¿no? No tienen un enlace con el sistema de salud" (PS13QROO).

El segundo perfil incluye a parteras vinculadas formalmente a los SESA-QRoo, pero que reportan haber tenido experiencias negativas frente al trato, en las solicitudes de la hoja de nacido vivo/certificados de nacimiento, la credencialización, el apoyo de materiales para la atención, la capacitación, o la atención a sus necesidades de salud. Dentro de este perfil, hemos encontrado parteras que cuentan con el apoyo de redes emergentes de parteras organizadas de otros estados de la república. Una partera tradicional hablante de maya que pertenece a este segundo grupo y que atiende en la zona urbana explica:

P: -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".



P: Me dice la señora con los papeles, "Ay sí vino la muchacha, pero aquí no importa nada, aquí sí, vean cómo hacerlo ustedes porque ustedes ya lo cobraron, aquí nada no nos importa" agarró y cerró la puerta el muchacho porque ya era tarde, porque ya estaba saliendo, no sé (O70QROO).

Un tercer perfil refiere a parteras que reportan tener una vinculación positiva con el personal de salud en su zona, aun si también afirman enfrentar carencias en los apoyos de materiales para atender. Sobre esta relación una médica del municipio de Bacalar comparte su experiencia:

Yo me dí cuenta de que me llegaban muy tarde las embarazadas, entonces yo tendría que buscar alguna estrategia para captar a las embarazadas desde el principio, y quienes me iban a ayudar eran las parteras. Entonces ellas tenían su grupo, entonces fue que dije "pues aquí", de aquí soy porque ellas son las que me van a apoyar mucho. Nadie me lo dijo, fue la necesidad, y no creas que fue fácil, a pesar de que son de aquí. Ahorita sí considero que estamos trabajando, pero en total equilibrio (...) yo siempre digo que ellas son súper buenísimas en saber la posición de los bebés, a pesar de que nosotros lo sabemos y podemos hacerlos, yo siempre le doy el crédito a ellas de que saben. Yo les digo (a las embarazadas): "¿Qué te dijo tu partera?" y ya me dicen "No, pues, de que viene sentadito"... Efectivamente, siempre les doy el crédito para que nos crean a las dos, y las parteras van conmigo, me dicen "mis pacientes son tantas y me preguntan cómo van en su consulta y su control" y yo les digo a ellas igual lo que pasa, trabajamos muy en equipo. Son tres parteras, las otras dos no, ya están grandes las señoras y ya no atienden partos (PS11QROO).

Un cuarto perfil incluye a parteras tradicionales que forman alianzas con parteras fuereñas o extranjeras, ellas atienden en espacios privados de zonas turísticas especialmente a mujeres extranjeras o mujeres nacionales de clase media y alta que deciden tener una experiencia no hospitalaria del parto.

Un segundo grupo que encontramos, corresponde a parteras que normalmente no son indígenas. Aquí se encontraron dos perfiles. El primero refiere a parteras extranjeras que atienden partos en instituciones privadas, muchas veces cobrando montos elevados por la atención del parto. Durante el trabajo de campo logramos registrar la presencia de parteras suizas, brasileñas, argentinas, alemanas, rusas, canadienses y beliceñas que trabajan especialmente en la zona turística atendiendo a mujeres nacionales de clase alta-media y turistas extranjeras, además de parteras y parteros en la zona menonita que atiende exclusivamente a su población.

Finalmente, hay un último perfil integrado por parteras profesionales que son enfermeras obstetras con especialidad en enfermería perinatal que se encargan de partos de bajo riesgo (Secretaría de Salud, 2018 ¹) en el Hospital General de Carrillo Puerto el cual adoptó el modelo de partería profesional desde el 2015.

¹ SECRETARÍA DE SALUD (2018). Partería profesional en México. Recuperado de https://maternidadsegura.com.mx/6ta-reunion-tecnica/presentaciones/01_Parteria_Profesional_en_Mexico.pdf SECRETARIA



Para este estudio se abarcaron los primeros tres perfiles que corresponden a parteras y sobadoras trabajando sin vínculos formales establecidos con el personal de salud, parteras vinculadas formalmente a los SESA-QRoo, pero que reportan haber tenido experiencias negativas frente al trato, y, por último, parteras que reportan tener una vinculación positiva con el personal de salud en su zona.

Sobre las características de las parteras entrevistadas, tenemos que se trata de mujeres mayores de edad con un promedio aproximado de 66 años, principalmente situadas o provenientes de poblaciones rurales pertenecientes a los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos.

Con base en datos del INEGI y estimaciones del CONEVAL 2020², los municipios con mayor porcentaje y número de personas en situación de pobreza extrema fueron Benito Juárez (Cancún), Felipe Carrillo Puerto, Othón P. Blanco, Bacalar, José María Morelos y Lázaro Cárdenas, ya que en estos, se concentró el 83.1% de la población en pobreza extrema del estado de Quintana Roo (INEGI, 2020; CONEVAL 2020). También de acuerdo con el INEGI, los dos grupos de edad con mayor analfabetismo en el estado son las personas entre los 60-74 años con un 11.9% y aquéllos con 74 años o más entre los cuales el porcentaje es de 24.3%. Estos datos nos ayudan a dar cuenta que tanto las parteras, como las sobadoras entrevistadas pertenecen a un grupo de población en condición de vulnerabilidad, y que con base a las entrevistas realizadas se encuentran desprotegidas por los servicios de salud, pues no cuentan con acceso a la seguridad social, ni tampoco a un apoyo económico digno por realizar su labor.

Sobre esto el personal de salud de SESA-QRoo encargado del desarrollo de la vinculación con las parteras comparte los siguientes datos contextuales:

Para describir el contexto me gustaría comenzar a abordar esa sensibilidad cultural a través de las vulnerabilidades sociales pensando en que tenemos una comunidad indígena ubicada en zonas de alta marginación (...) Esto quiere decir que tenemos a población analfabeta con bajo acceso a servicios públicos, educación, salud. Ya te tocó a ti ver el acceso carretero, por ejemplo, en ciudad debes ir 30 minutos de distancia quizás no parece tanto, pero en este tipo de zonas rurales 30 minutos de distancias se pueden convertir en 12 horas para llegar de un punto a otro (...) partiría de ahí en el que la desigualdad social se vive como de libro (...) [la desigualdad estos contextos también el posible ver](...) al final de cuentas el estado de Quintana Roo es el estado que más aporta al producto interno bruto (PIB) del país, entonces tenemos una zona que es cosmopolita que la gente es del todo el mundo, se cuenta con inversión del extranjero y una infraestructura importante para el turismo [donde el contexto es totalmente distinto](...) En algún momento intentamos generar un perfil sociodemográfico, y en este perfil sociodemográfico participó cerca de un tercio de la población de parteras, nos dimos cuenta que promediaban 66 años de edad que, más del 50% presentaban problemas de salud y el 100% tenía una demanda única que era contar con el apoyo de los servicios de salud para brindar su atención (PS13QROO).

2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). Informe de pobreza y evaluación 2020. Quintana Roo. CONEVAL. Recuperado de file:///C:/Users/IISUA/Downloads/Informe_Quintana_Roo_2020.pdf



2.2 Perfil personal de salud entrevistado

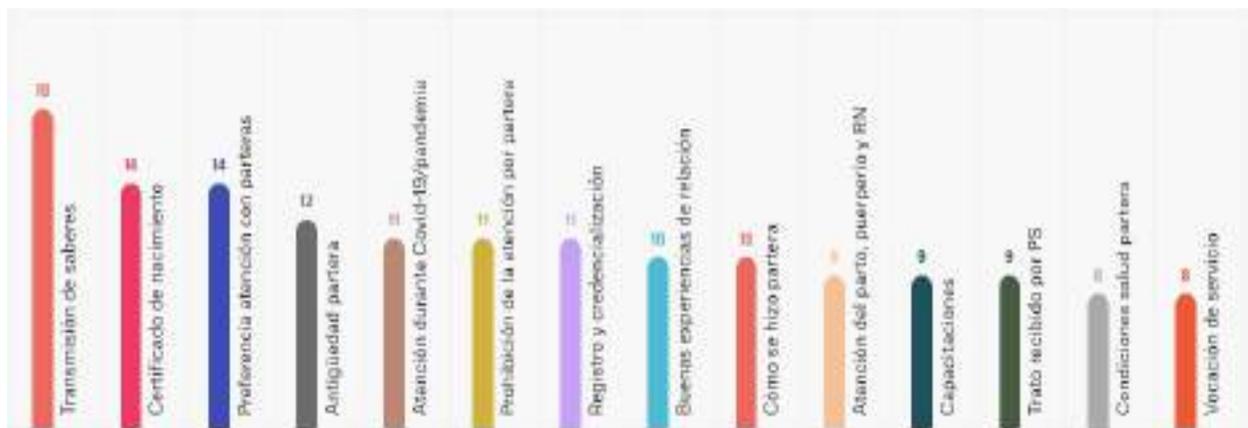
El acercamiento con personal de salud fue desde las oficinas de los SESA-QRoo donde se logró establecer y negociar la apertura para la entrada del proyecto, por lo cual las entrevistas realizadas priorizaron a las autoridades a nivel estatal.

El trabajo de campo en oficinas centrales nos ayudó a profundizar en las trayectorias de las autoridades de salud entrevistadas. Un importante detalle en el perfil de estas personas es el camino en su formación en el tema de partería tradicional, ya que es personal que ha migrado de distintas instancias federales; por ejemplo, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal y el Instituto Nacional de Salud Pública donde pudieron generar habilidades importantes en el funcionamiento del Sistema de Salud y adquirir conocimiento pleno de las normas, manuales y lineamientos, además de los derechos tanto de la mujer embarazada como de la partera tradicional y la importancia de las especificidades indígenas, entre otras. Algunas/os también fueron personal operativo trabajando en el Estado o en zona maya en programas de prevención y promoción de la salud materna y perinatal, prevención de la muerte materna, y en líneas estratégicas como son la difusión del plan de seguridad, la capacitación, el monitoreo y la supervisión de los centros de salud, o el registro de la productividad, entre otros. Las trayectorias del este personal de salud aportan visiones culturalmente sensibles al trato que brindar a las parteras tradicionales y al vínculo que establecen con ellas, generando redes de apoyo, defensa y protección.

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

La sistematización de los datos recabados en campo se realizó mediante el programa AtlasTi, el cual arrojó información valiosa para el análisis de códigos prioritarios en el proyecto. La distribución de los códigos para el caso de Quintana Roo fue la siguiente (véase gráficas 3 y 4):

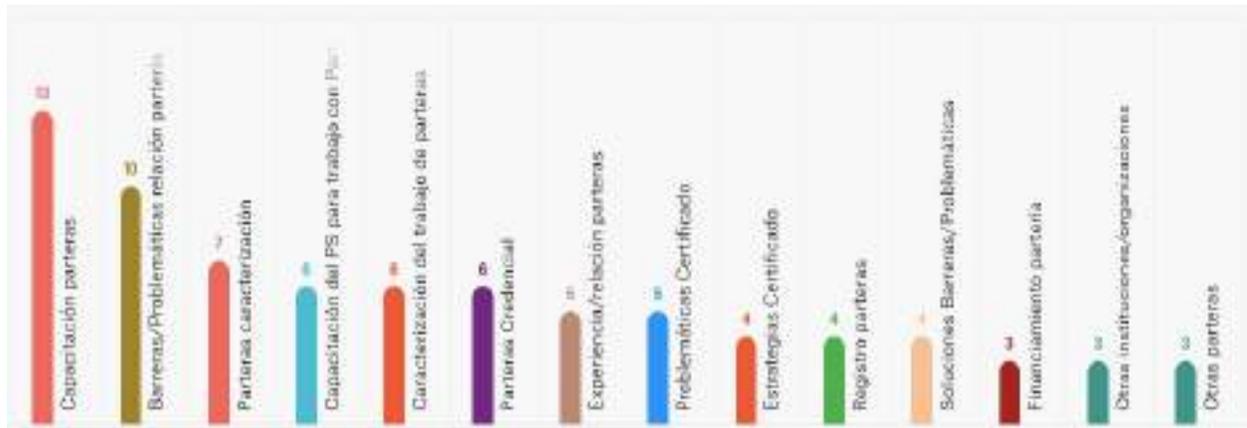
Gráfica 3. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con parteras Q. Roo, 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras



Gráfica 4. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con personal de salud, Quintana Roo, 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a personal de salud

3.1 Hallazgos desde las parteras

En la actualidad, las mujeres embarazadas acuden con mayor frecuencia a las parteras para la sobada durante el embarazo o el cuidado del puerperio, pero mucho menos, para la atención de un parto. Las parteras reportaron que habían ya experimentado una fuerte disminución en la demanda de su atención durante el parto anterior a la pandemia; esta disminución genera, entre otras cosas, el fenómeno de la transición de muchas de ellas de parteras a sobadoras. Las parteras consideran que esto es en parte resultado de la forma en la que el personal de salud caracteriza el evento obstétrico a priori como de alto riesgo y las mujeres han interiorizado el miedo que ese enfoque conlleva. Además, se relaciona con cómo el personal de salud caracteriza el trabajo de las parteras dsincentivando a que las mujeres vayan con ellas. La siguiente cita es indicativa de ambos aspectos:

E: Usted, ¿considera que ha disminuido el trabajo de las parteras?

P: sí, ha disminuido, ha disminuido bastante porque muchas de las muchachas y de las mujeres actualmente ya no van, echan miedo, no. Es que con una partera no es lo mismo. Como van a las visitas con el doctor cada mes, pues yo por mi parte conjuntamente con el doctor, porque en algún momento dado, que me fallara, ya sé que el doctor me va a respaldar y recibir con mi paciente. Así le hacía yo antes, por eso yo sí... había trabajado conjuntamente con el doctor, pero tampoco nunca le echo miedo a mis pacientes, hasta la santa fecha... Puede aliviarse normal y normal llega el doctor en un ratito ya se alivió. Pero nunca le dijo el doctor: es esto, el doctor, es lo otro... Pero los médicos sí nos echan la culpa a nosotras de que con nosotras no es muy recomendable que los bebés nazcan, que, porque no somos tan limpias, porque nosotras no tenemos desinfectado según lo que vayamos a utilizar... Pero con cuánta gente ha nacido así, esto en el [tiempo en] que ellos ni siquiera existían... Y ellos hablan en contra de nosotras, por eso las muchachas, las mujeres les da miedo y mejor van al doctor (073QROO).



No obstante, hay mujeres en las comunidades que, después de haber tenido una primera experiencia de un parto hospitalario, consideran como una posibilidad atenderse con una partera. Una mujer embarazada que, al momento de la entrevista con la partera se encontraba en atención con ella, nos compartió lo siguiente:

E: ¿Y usted está embarazada?

P: Sí, vine a que me tallara... Bueno, yo en mi opinión, bueno no es la primera vez que me tallan [las parteras]. Por mí, yo acudo a mis citas, pero hay doctores que están diciendo que no es bueno que te tallen, se puede lastimar al bebé. Pero por mi parte, yo digo [que] es bueno: ¿sabes por qué? porque a veces sientes que no puedes trabajar, que te falta el aire, pero yo es como le digo a mi esposo, prefiero que me tallen, pues la partera te va decir cómo está el bebé, cómo está formado y cuando termina de tallar sientes alivio. Es como le digo, yo acudo con la partera y los médicos, con los dos, el día cuando llegue el parto, tú vas a decir si va a hacer con médico o con la partera. Ahorita veo que cuando vas al hospital, veo que cuando tienes mucho dolor, casi no te atienden... Te dicen, "anda a tu casa otra vez" y te regresan, si no, te hacen caminar, te hacen caminar y mientras yo ya pasé con mi primer hijo ahorita, con este es el segundo. Mi primer hijo cuando me llevaron, yo estoy entrando [al hospital], cuando una muchacha apenas de 17 años, la muchacha tenía mucho dolor, le hicieron caminar, y mientras yo desde hace rato estoy ahí también, pues mi esposo se enoja mucho porque no me atendieron, y entró a hablar, y apenas me están acudiendo ahí en el hospital y la muchacha nació su bebé, y por un descuido... Es como te dicen, y pues la muchacha no [se] quería quitar su ropa interior, y como estaba parada no podía con el dolor y mientras nació el bebé cayó en el pasillo del hospital y ahí vienen rápidamente los enfermeros y los doctores, cuando llegaron es demasiado tarde, y mientras de eso, la muchacha estaba llorando. ¿Qué más podía hacer? Por eso, algunas ahorita no quieren llegar al hospital, ¿sabes por qué? Porque cuando vas, no quieren atenderte. Por eso, hay algunas mejor piensan que es mejor con la partera, porque con la partera ella va venir a cuidarte en tu casa. Se ve que ella misma te va aconsejar si puedes en tu casa, te va dar tu medicina con eso ya rápidamente te vas a aliviar, pero si ve que no puedes también pues ella misma te va acompañar y a hablar con los doctores (074QROO).

3.1.1 Transmisión de saberes

Durante 2021 y 2022 la investigación logró dar cuenta que para la partería tradicional es vital tener una transmisión intergeneracional de saberes y experiencias, muchas de estas dadas a partir de un linaje familiar, otras generadas en momentos de necesidad o urgencia, y las últimas transferidas por el desarrollo de procesos organizativos propios donde se le da importancia y se buscan formas de garantizar la supervivencia de la partería. Un hallazgo de la investigación es que los conocimientos de la partería no han sido lineales ni estáticos, y se han modificado e incluso nutrido con el tiempo. Sin embargo, durante el trabajo de campo y las entrevistas a sobadoras y parteras, se apreció el abandono progresivo de la práctica y, como consecuencia, la disminución o modificación de la transmisión de estos saberes.



Durante el trabajo de campo se entrevistaron a mujeres parteras que abandonaron el oficio para quedarse como herbolarias o sobadoras y a mujeres que, aun teniendo un linaje de parteras, decidieron ser sobadoras. Haciendo un rastreo de las razones por las cuales decidieron abandonar la partería, encontramos que, en parte, la desaparición de este oficio se debe a las amenazas, hostigamiento y hasta prohibición desde las instituciones de salud y el propio personal médico, la avanzada edad de las parteras y sus propias condiciones de salud; estas últimas condiciones las narra una partera-herbolaria de la zona maya de José María Morelos:

Tengo 66 años y tengo 42 años de ser herbolaria, como 20 años fui partera. Me dio parálisis facial y ya no pude seguir, de ahí la diabetes me fue avanzando, fueron mis nervios yo no sé, y se me fue borrando la vista, por eso uso lentes actualmente porque sin los lentes no veo bien, después de qué me esperé y todo volví a tener función la mitad de mi cuerpo, y ahora solamente sobo a las embarazadas compongo la matriz, compongo el colon, el "ciro" y todo lo relacionado con la herbolaria (073QROO).

Esta partera comparte también experiencias de prohibición e intimidación sobre su trabajo como herbolaria y muestra como su ejercicio actual es resultado de una trayectoria de resistencia:

Llegó un momento en el que dijeron que las personas que curan con hierbas son brujas, y que pueden que las quemem vivas, o van a la cárcel por dan un medicamento que haga daño a alguien. Ellas pueden ir a la cárcel, eran muy perseguidas. Eso ya tiene como 30 años, la edad de mi hija, 35 años (073QROO).

No obstante, la historia de esta partera es peculiar pues, aunque explica no haber seguido con el trabajo de la partería tradicional, ni haber enseñado a sus hijas el oficio, su importante papel como herbolaria la ha llevado a impartir clases en la universidad de la zona, donde transmite sus conocimientos a alumnos y alumnas de la carrera de salud intercultural, enseñando sobre plantas, salud de las mujeres embarazadas y el parto mismo. Otro caso similar es el de una partera y herbolaria de la zona de Felipe Carrillo Puerto, la cual, adherida al proceso organizativo de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) ubicada en el mismo municipio, brinda ahí mismo cursos y talleres sobre hierbas y partería. Vemos a partir de estos ejemplos, cómo la transmisión de saberes se ha también transformado y, aunque ya no es la forma tradicional y se trata de casos no generalizados, hay esfuerzos de las mismas parteras por no querer que estos conocimientos desaparezcan.

Como parte de este mismo ejemplo, tenemos incluso que la propia fundación de la CAMI en Felipe Carrillo Puerto es resultado de un tipo de transmisión de saberes que se transformó hacia el desarrollo de un proyecto organizativo por la lucha del reconocimiento de los saberes indígenas:

(...) Otra de las razones que me inspiró a estar en esta Casa de la Mujer Indígena, porque mi abuela, mis bisabuelas fueron parteras. Entonces decía que a mí me gustaría que la Casa de la Mujer Indígena siguiera esa lucha de mis abuelas porque para



mí fue una lucha que mis abuelas hayan sido parteras desde jóvenes y que se ha transmitido de generación en generación y ver la situación de que las parteras en la actualidad, muchas de ellas viven varias situaciones y que las nuevas generaciones no tengan ese ánimo, ese interés de seguir preparándose como parteras, parteros porque también hay parteros... Entonces eso me inspiró (12QROO).

En otro caso, encontramos una partera del municipio de Felipe Carrillo Puerto, en un poblado de la zona maya donde actualmente desempeña su trabajo. La partera tiene 58 años de edad y 30 años de ejercicio; aunque atiende pocos partos, muchas mujeres la buscan para sobadas o malestares generales del embarazo. Su hija estudió en la Universidad Intercultural de Quintana Roo la carrera de Medicina Intercultural y siempre ha estado interesada en aprender partería. Aunque se encuentra ahora trabajando en un hotel de Playa del Carmen, su madre no pierde la ilusión de seguirle enseñando:

E: ¿Usted les enseña a sus hijas a sus nueras?

P: Solo a mis hijas

E: ¿A Ana?

P: Sí a ella.

E: ¿A ella le gusta?

P: Sí le gusta

E: ¿Ella quisiera ser partera?

P: Dice que lo va aprender

E: ¿Y usted cómo ve?

P: Sí lo sabe, un poquito (074QROO).

Este ejemplo nos ayuda a ver cómo la transmisión de saberes está también mediada por las circunstancias sociales y económicas, como la falta de oportunidades laborales e incluso la falta de reconocimiento económico de la partería tradicional.

Al parecer, para el caso de parteras mayores de edad registradas en los SESA-Qroo existe el requerimiento de tener una aprendiz para mantener el respaldo y la red con la institución; este requerimiento se ha vuelto casi una obligación y a veces, ha llevado a las parteras a experimentar situaciones adversas. Una partera tradicional de la ciudad de Cancún comparte:

Cuando yo tenía 60 años, la jurisdicción me dijo "Usted ya está grande, ya tiene que buscar un reemplazo". Entonces mi nuera, la mujer de mi hijo, dijo que a ella le gustaban los partos... que quería aprender conmigo. Pero yo le dije "sí, te puedo enseñar como a mí me enseñaron, pero yo no te puedo... tienes que tomar capacitaciones [con el personal de salud], tienes que ir a las prácticas para que te puedan otorgar tu [hoja de] 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 [lo hice] porque también nos exigió la jurisdicción, creyó que ella era mi reemplazo. Yo no lo iba a hacer, pero ellos insistieron de que se presentara



ella y ella me dio de baja [a mí] (...). Aquí en Cancún vienen de otro lado a dar cursos y no me invitan, me dicen 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 luego me dijo la jurisdicción. Y 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" (O71QROO).

Esta experiencia ayuda a mostrarnos que la transmisión de la partería tradicional no es un hecho desligado de tensiones o conflictos. Es un saber que se negocia e incluso puede estar intervenido por rivalidades y competencias entre maestras, aprendices u otras parteras y sobadoras que se encuentran incluso dentro de la misma familia.

3.1.2 Procesos organizativos

Durante el trabajo de campo, se encontraron algunos procesos organizativos emergentes entre las parteras tradicionales de Quintana Roo. Un primer espacio importante es la CAMI María Uicab ubicada en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, la cual se ha centrado en diferentes temas como violencia contra las mujeres, salud sexual y reproductiva, medicina tradicional y recientemente partería. Como explica una de las fundadoras se trata de un esfuerzo organizativo que busca el reconocimiento de los saberes indígenas y con ello el seguimiento de una lucha intergeneracional:

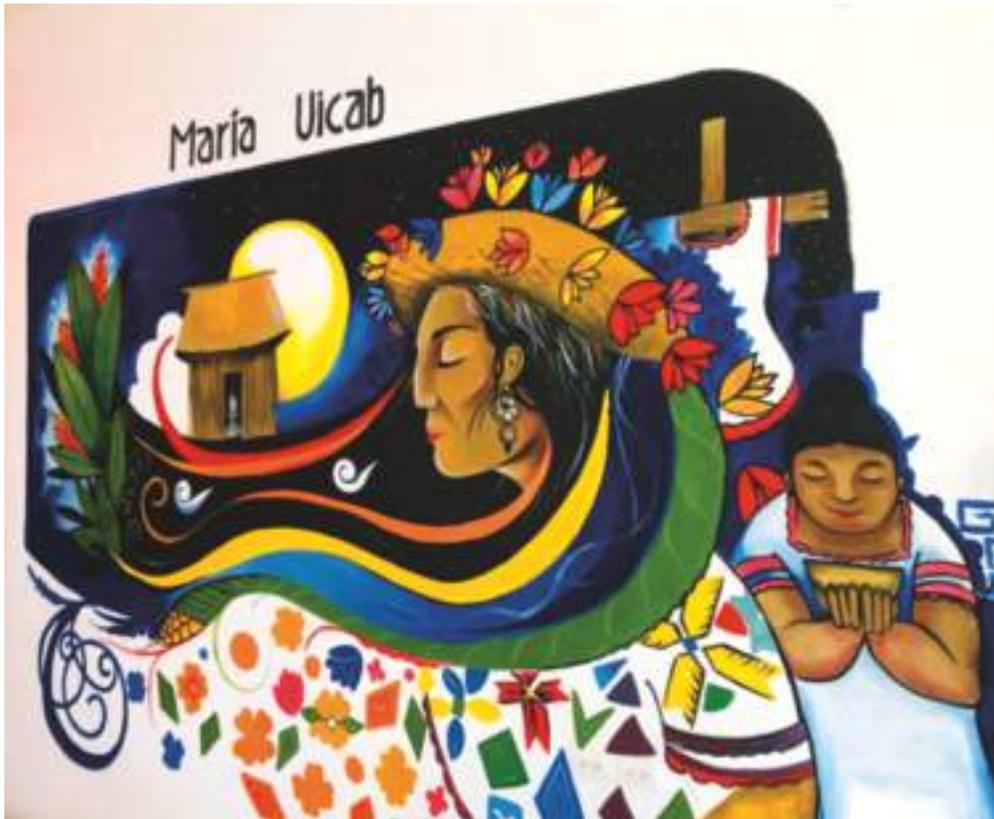
En un primer momento, antes de iniciar con la Casa de la Mujer Indígena, hicimos un foro con parteras, con el Centro Comunitario de Arte y Filosofía Maya Raxalaj Mayab'. Estaba una compañera que se llama Columba, que ella es médica tradicional y ella era la que nos invitaba mucho a seguir fortaleciendo la medicina tradicional. Luego ella se traslada a su localidad natal que es en Veracruz y nos quedamos y nos encargó mucho de no dejar sola a las parteras y médicas tradicionales. Otra de las razones que me inspiró a estar en esta Casa de la Mujer Indígena, porque mi abuela, mis bisabuela fueron parteras (...) Entonces decía que a mí me gustaría que la Casa de la Mujer Indígena siguiera esa lucha de mis abuelas (P12QROO).

Durante el trabajo de campo encontramos que, si bien la CAMI María Uicab no tiene parteras trabajando dentro de sus instalaciones, realiza un amplio trabajo de escaneo, ubicación y vinculación con las parteras de la zona, remitiendo a pacientes o posibles aprendices con ellas:

(...) hemos tenido foros con ellas en donde hemos escuchado la situación que viven en el centro de salud, en la atención, en la certificación, los formatos de nacido vivo y todo eso. Ellas exponían todas esas situaciones en ese foro y los médicos exponían su parte (...) a través de la jurisdicción tiene cursos con las parteras y entonces invita a las parteras para ir a tomar sus cursos y puedan ellas seguir dando atención a las embarazadas, esta institución (SESA-Qroo) es quien junta a las parteras; en la CAMI sí reunimos a algunas parteras, tenemos sus ubicaciones y todo, pero no hemos hecho ese trabajo de coordinarnos colectivamente (12QROO).



Foto 3. CAMI María Uicab, Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo



Fuente: Foto de Coral Mendoza

En trabajo de campo también notamos la comunicación emergente de algunas parteras tradicionales con voceras del movimiento Nich Íxim en Chiapas, y con ello la posibilidad de vinculación y la existencia de una convocatoria a formar parte de la red:

Siempre nos invita esta muchacha... de Chiapas nos invitaba también antes la que estaba también en Chiapas... También ella también nos hacía la invitación, para que vayamos, así como parteras, tenemos que estar unidas para lograr lo que queremos (070QROO).

Existen también algunas experiencias informales a nivel local desde 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. Tal 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, pero apoyándose y acompañándose. Una de ellas comparte que durante la pandemia pudieron asistir a reuniones virtuales del movimiento Nich Ixim y aprender sobre la organización de sus compañeras en Chiapas:



P: Pero yo y mis compañeras, [nos] acompañamos en talleres. Por eso, me volvieron a llamar porque yo no dejé, o sea nos invitaban por medio del internet. Le pagamos a alguien para que se metieran a internet y en mi casa los veíamos. Por eso, volvió otra organización (071QROO).

3.1.3 Relación con el Sector Salud

En general, para el estado de Quintana Roo la relación que el sector salud establece con las parteras tradicionales es compleja y diversa, ya que las formas de relacionarse cambian de acuerdo a la zona en la que se encuentran ubicadas las parteras. Para el caso de la zona urbana de Cancún y Chetumal, encontramos que el personal de salud tiende a establecer una relación más estrecha con las parteras, en donde se da un mayor seguimiento a programas y capacitaciones y se mantiene actualizado el registro de parteras. Sin embargo, para el caso de la zona rural, donde mayormente se ubican las parteras indígenas, la relación se vuelve más difícil e intermitente, esto debido a factores como el difícil acceso a las comunidades por parte del personal de salud, la falta de recursos para que el personal pueda desplazarse para dar seguimiento, identificar y captar a las parteras o sobadoras, y la edad avanzada de las parteras que complica su traslado a las capacitaciones, o para que ellas cumplan con los procesos administrativos requeridos de informar al personal de los SESA-Qroo sobre su "productividad" en la salud materna y perinatal.

Encontramos situaciones de parteras mayores a los 70 años que durante toda su trayectoria de ejercicio de la partería, se han mantenido desvinculadas del Sector Salud y trabajando solas. Durante el trabajo de campo, preguntamos si les interesaría la vinculación o la relación con otras parteras o sobadoras y nos respondieron que su deseo es seguir trabajando de forma independiente, ya que se comparte la idea que vincularse es adquirir una serie de responsabilidades que, por su edad o múltiples actividades, ya no pueden, ni quieren asumir, además que permanecen las rivalidades y competencias entre ellas. Al respecto, una sobadora del poblado maya de San Luis nos compartió con ayuda de una intérprete, lo siguiente:

E: ¿Alguna vez ha platicado con otra sobadora?

I: Que no, porque a veces, por ejemplo, si la persona soba y ella también soba, como una envidia y como que a veces vienen más aquí a que la soben... A veces no, por eso (076QROO).

Sobre el trato que reciben las parteras registradas a los SESA-Qroo encontramos actitudes diversas; entre ellas, hay testimonios de maltrato y regaño que, de acuerdo lo compartido por las parteras de la zona urbana de Cancún, llega a obstaculizar y entorpecer el trabajo que realizan:

E: ¿Y usted cómo ve esta situación (sobre el trato que reciben por parte del personal de salud)?



P: Pues yo lo veo mal (...) te regañan, te mandan en otro lugar, así no está bien, está muy mal, así como manejan todo eso, a mí no me parece. Sí, me molesta porque la verdad esta, uno como partera los respetan a ellos, pero ellos no saben respetar (070QROO).

Otra partera del municipio de Felipe Carillo Puerto comparte otro relato que nos hace ver cómo la memoria histórica de maltrato, hostigamiento y hasta prohibiciones en el pasado, se mantiene muy viva:

E: En el personal de salud que le ha tocado conocer en estos cincuenta años de atención del parto ¿alguna vez hubo un maltrato por parte del personal de salud hacia usted o que la discriminaran por su atención?

P: Pues hubo un momento de que hubo una discriminación al momento de llegar con una parturienta nos saca[ba]n a la calle "¿Sabes qué? aquí terminó tu tramo, tú ya no tienes nada que ver acá, las parteras lastiman a las parturientas" (069QROO).

Pudimos registrar finalmente, un acto de discriminación por parte de personal de salud hacia las parteras mayores de edad, con una insistencia de parte de ellos en la necesidad de sustituirlas en su labor, con alguien más joven que las reemplace, como ya pudimos relatar. Aun si a primera vista, ésta pareciera una actitud que favorece la transmisión intergeneracional de conocimientos entre parteras, en la que las parteras son persuadidas a llevar a otra mujer a quien puedan enseñar, el darlas de baja ante las instituciones de salud por la edad genera mucha preocupación entre las parteras más grandes ya que su trabajo es su vida y es su fuente principal de ingreso; además de que ellas no tienen seguridad social que les permita jubilarse.

3.1.4 Atención durante la pandemia

Las parteras entrevistadas compartieron experiencias parecidas a otros estados, exponiendo la preferencia de las mujeres embarazadas a atenderse con ellas durante la pandemia por miedo al contagio:

E: ¿Usted se acuerda cuando llegó la enfermedad del COVID de la pandemia? ¿cómo cambió su atención o fue igual?

P: 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 han 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).

Encontramos que, al igual que en otros estados, en Quintana Roo, la edad no fue una limitante para atender a las mujeres embarazadas durante la pandemia y tampoco el miedo al contagio. Sobre esto compartimos un fragmento de una partera maya de 78 años de edad, situada en el poblado indígena de X-Yatil, que nos compartió lo siguiente con apoyo de una intérprete:



E: ¿y en el año de la pandemia atendió partos?

I: que sí, atendió personas...si y fue durante el Coronavirus, no se acuerda, pero si fueron bastantes, en Playa, Tulum, Tzula no había doctores... Dice que durante la pandemia atendió a dos personas seguidas en la comunidad de Tzula. La venían a buscar y la llevaban a atender (072QROO).

Se encontraron además a parteras atendiendo padecimientos relacionados con el contagio del COVID-19, no solo a mujeres embarazadas sino a otro tipo de población, convirtiéndose en una opción de atención y cuidado en las zonas indígenas durante los tiempos más álgidos de la crisis:

Pues esa pandemia para mí fue una experiencia grande porque por medio de medicina tradicional apoyé a muchas personas de tercera edad y embarazadas, tuve pláticas con ellos, y un control de que digamos para que no se alteren, que las cosas se dan por baja de defensa en la sangre, en el cuerpo del ser humano, y de eso ayudó mucho con todos y di una orientación buena (069QROO).

En el caso de las parteras adheridas al SESA-QRoo, se aprecia una ausencia de seguimiento o cuidados para con ellas, aun a sabiendas que seguían atendiendo. Una de las parteras de la zona urbana de Cancún comparte que era ella misma quien siguió comprando su material de trabajo, y que efectivamente en la pandemia hubo un alza en la labor:

E: ¿Usted atendió durante la pandemia?

P: Sí atendía mucho, en los hospitales como está lleno como están contagiados y en ninguno les habría la puerta, iban al DIF, iban así en los que son privados, no los atendían, no saben y así en tiempos de pandemia, atendí más partos...Puedo decirte que, durante todo este tiempo, como más de 150 chiquitos. Diarios así que vienen a ver, hasta no las quería atender para que vayan al hospital, pero no quieren ir, lo que hacía entonces es atenderlos. (...) Sí,... yo compraba mucho algodón, mucha jeringa, este... isodine, alcohol y esas cosas que necesito, pañales, todo eso tengo yo, lo compraba y se guardaba, porque a veces vienen, y no saben que se van a aliviar (070QROO).

Aunque las parteras afiliadas a los SESA-Qroo reportaron no haber recibido advertencias por parte de la institución o algún prestador de salud para evitar el contagio, tomaron sus propias medidas de protección para continuar atendiendo:

E: ¿Y usted se ponía cubrebocas o hizo alguna cosa diferente a antes de la pandemia?

P: Yo me pongo doble cubrebocas, uso guantes, uso gel, uso alcohol, uso de todo, para el parto, hasta para sobarlas, yo me ponía cubrebocas para sobarlas porque yo ocupo cubrebocas porque a veces vienen contagiadas, aunque no salgan de su casa, porque, aunque no salgan a veces sus esposos y se contagian ellas, sino ellos trabajan y se contagian. Sí, es con eso también se nos complicó el trabajo bastante (071QROO).



3.2 Hallazgos desde el personal de salud

3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional

Todo el personal de salud entrevistado en oficinas centrales declara haber tenido contacto directo con parteras tradicionales, mediante visitas, capacitaciones o en sus trayectorias como personal operativo. Este contacto directo genera ciertas ideas sobre lo que es una partera y su papel en la comunidad. Una médica encargada del área de salud perinatal describe:

Una partera es aquella que tiene habla indígena y se encuentra localizada en una comunidad y que es considerada como una líder comunitaria, es quien incluso la comunidad la reconoce como alguien especial dentro de la comunidad. Y, pues, el principal oficio es no solamente vigilar que las mujeres no solo estén embarazadas, sino que también hacen la atención del parto y del bebé (...) Son mujeres muy honestas (PS10Q-ROO).

Otra médica encargada del departamento de salud reproductiva coincide en la caracterización comunitaria e indígena de la partera tradicional:

Las parteras tradicionales o para ser parte de la tradicional tienes que estar en una comunidad y tener este perfil indígena (PS64QROO).

Para una médica de un centro de salud, las parteras tradicionales establecen el mejor vínculo con las mujeres embarazadas; esto, debido a las redes de confianza, la estrecha relación que mantienen con la población y su amplia experiencia para atender partos, lo que las coloca como una autoridad en la comunidad:

(...) y yo he visto que están preparadas, que la gente en sí las buscaba, no porque no confiaban en el médico, sino porque veían que tenían muchísima experiencia ellas. Entonces, empezamos a hacer pláticas, siempre con todo respeto les he dicho que no porque yo sea médico o personal de salud, o sea, que esté preparada, no quiere decir que esté muchísimo mejor preparada que ellas. Ellas tienen muchísima experiencia en ello [el parto] (PS11QROO).

En las oficinas centrales de los SESA-QROO, el personal expresó preocupación con la presencia en el estado de parteras extranjeras que se han establecido en el el estado y que ejercen la partería sin haber revalidado de sus credenciales profesionales:

(...) derivado de esto, tenemos pendiente que el área de atención a la muerte materna, control prenatal de la paciente ... [hubo una partera rusa que] se hizo llamar partera y su atención fue inadecuada. Se atiende el obstetra pero por llamar a la traductora, nunca por la persona que se llama enfermera obstetra, y cuando ya se llega se detecta que es un inversión uterina, a las 2:20 se entuba pero ya lleva mucho tiempo tardando.



Fallece, las causas de la muerte, inversión uterina, choque hemorrágico. Esta es una hoja provisional de nacimiento porque nació el bebé en el departamento, no en el hospital, pero este tipo de cosas estamos tratando de quitarlas porque no deberían de existir (PS10QROO).

La caracterización de estas parteras difiere con respecto a las parteras tradicionales indígenas e indica otro tipo de problemáticas:

(...)hay casos en el estado en los que ha habido complicaciones obstétricas, y la información no es muy clara de qué rol ocupó la partera y bajo qué condiciones, toda vez que... obviamente las de una zona turística, al ser una oferta de una clínica privada, al tener ese tipo de modelos (...) influyen en diferentes variables. La confianza, por ejemplo, pues el panorama es totalmente distinto, incluso en el cobro. En esta encuesta que levantamos que te comentamos, veíamos que las parteras con este último perfil cobran hasta 6 mil pesos por la atención del parto, mientras una partera de una comunidad indígena, el máximo es de 500 pesos, pero hay parteras que no solamente no pagan, tienen que prestar el dinero para que la familia acuda al hospital, compren medicamentos, y hay veces que no les pagan... O sea, te digo, que es un tema con múltiples escenarios (PS13QROO).

Durante el trabajo de campo encontramos que el personal de salud que reconoce y respeta el trabajo de la partera, es aquel que se encuentra trabajando directamente con ellas, y que con base en sus años de permanencia en la comunidad, logra entender la importancia y los aportes valiosos de estas figuras para la salud materna y reproductiva. Una médica vinculada con las parteras tradicionales de su comunidad comparte:

Mira, a mi llegada a Maya Balam, pues realmente me di cuenta que había mucha embarazada, pero llegaban no en el primer trimestre, ni en el segundo. Iban llegando al tercer trimestre de embarazo, estamos hablando de 30 semanas, y sinceramente para mí era muy estresante, porque nada más las atendía una o dos veces durante todo su embarazo porque llegaban muy tarde. Entonces empecé a preguntar por qué se presentaban hasta la [última etapa] gestacional, entonces me comentaron que había cinco parteras, y lo primero que hice fue citar a las cinco parteras y platicar de cómo era su trato de ellas hacia las embarazadas. Todas coincidieron que las pacientes, llega[ba]n a buscarlas, cada paciente escoge una parteras, y pues se presentaban. Les piden que las soben, llegan, primero, pidiendo que las soben para saber si está embarazada y pasaban casi todo su control con las parteras (...). Me di cuenta de que en realidad tres de ellas estaban muy preparadas porque realmente han asistido a cursos, me dicen que han asistido a Carrillo Puerto, Chiapas, Campeche, Cancún, y yo he visto que están preparada, que la gente en sí las buscaba no porque no confiaban en el médico, sino porque veían que tenían muchísima experiencia ellas. Entonces, empezamos a hacer pláticas, siempre con todo respeto les he dicho que no porque yo sea médico o personal de salud, o sea que esté preparada no quiere decir que esté muchísimo mejor preparada que ellas, ellas tienen muchísima experiencia en ello (el parto). Entonces, les pedí que



trabajáramos en equipo, en conjunto, y les indiqué que cuando llegara la paciente con ellas que por favor me las enviara, les platiqué todos los riesgos que pueden estar pasando (...). Así empezamos a platicar con ellas de que me dieran ese voto de confianza y que trabajáramos en equipo, y pues poco a poco fueron cambiando las cosas y ya empezaron a asistir desde el segundo trimestre de embarazo. Pasó el tiempo, y pues ahorita ya me están llegando desde el primer trimestre de embarazo, y me doy cuenta de que el trabajo en equipo con ellas funcionó súper bien (...). Fue que dije “pues aquí”, de aquí soy porque ellas son las que me van a apoyar mucho (...) (PS11QROO).

Paralelamente encontramos en la voz de este mismo personal de salud, la incomodidad con su propio gremio por negarse a reconocer el trabajo y los aportes de las parteras tradicionales, argumentando que se trata de mala actitud e incluso una herencia de su formación médica hegemónica; a veces, hasta se menciona a la edad avanzada como un factor que les impide cambiar de actitud:

(...) otro ha sido igual esta parte de la sensibilización del personal médico para poder entender y aceptar la parte de partería indígena, y que bueno ellos se sientan con la confianza de poder otorgar estas capacitaciones. Y sobre todo en aquellos que son de una edad avanzada, y que es complicado vencer estas ideas que traen ya en la medicina, y ese ha sido el segundo. Y el tercero sería que nosotros no tenemos un personaje, que cumpliera las funciones de desarrollo comunitario como jurisdicción sanitaria número tres, que es la zona centro. Hasta dos años que se comenzó a trabajar, entonces creo que este proceso de aprendizaje y de sensibilización hacia la persona que ahora está como responsable y enlace para todas estas actividades comunitarias es lo que ha llevado a que el proceso sea un poco más lento, pero conforme [se] ha ido empapando un poco más del tema, y ha podido generar estos vínculos con los líderes de las comunidades y obviamente con las parteras, para poder ir avanzando (PS34QROO).

Este último fragmento nos da pistas para entender también que la falta de sensibilización del personal médico y la rotación de los responsables de los programas son obstáculos importantes en el desarrollo de un trabajo efectivo y respetuoso de vinculación con las parteras tradicionales.

3.3 Certificado de nacimiento

El procedimiento ideal para la expedición de un certificado de nacimiento es que cuando hay un recién nacido atendido por una partera, esta partera –previamente registrada y reconocida como personal capacitado por la Secretaría de Salud- debe avisar inmediatamente sobre el parto- y llenar una hoja de nacido vivo recibida por la institución de salud donde colabora y a donde la mujer embarazada acudió para el control de su embarazo. Posterior a esta entrega, el personal de salud--generalmente el/la médico/a responsable de la unidad de salud--le apoya a la partera para llenar el certificado, y la partera lo firma como la protagonista en la atención, acompañada de los padres del recién nacido. Sobre este proceso la médica encargada de salud perinatal detalla:



E: ¿Me puede decir cuál es el proceso para un certificado?

PS: Ellas [partera tradicional] tienen que ir a una consulta al centro de salud con mujer embarazada, y se percatará que esa mujer está embarazada para que cuando nazca el bebé la mujer embarazada irá con ese médico y solicitará su certificado de nacimiento, al solicitar ese certificado de nacimiento, a este médico sí le consta que esta mujer estuvo embarazada y que a esta mujer sí la atendió y entonces es la única forma en la que se puede emitir un certificado de nacimiento

E: ¿Firma la responsable?

PS: El médico es él que firma ese certificado

E: ¿Cuáles son las cosas que no van en el camino ideal del certificado?

PS: Ah bueno, cuando se hacen otros documentos como este [refiriéndose a una hoja de alumbramiento que no es normativo y que tiene resguardada como la prueba de que en algunas jurisdicciones se otorgan hojas de alumbramiento fuera de la normativa], en donde este tipo de documentos es firmado por otras instancias y no por el médico del centro de salud.

E: ¿Qué otras instancias pueden ser?

PS: Pueden ser jurisdiccionales, hospitalarias, particulares ... porque el tema es que ellas [refiriéndose a parteras extranjeras] van y solicitan que les firme o les sellen, y al desconocer la normatividad, [algunos médicos] creen que pueden firmar y sellar, lo cual es incorrecto. Pero por eso, tratar de notificar esa información junto con el área de estadística (PS10QROO).

Como podemos observar en la cita previa, el proceso ideal del certificado se agrieta o se puede agrietar en múltiples puntos nodales. En primer lugar, no todas las parteras que atienden partos en Quintana Roo están registradas en los SESA-Qroo. Las que sí lo están y quieren mantenerse registradas, tienen que pasar por un proceso que a veces se vuelve difícil de cumplir, ya que no está adecuado a sus condiciones socioeconómicas, de salud y de distancia/falta de transporte. En principio, deben de acudir a número mínimo de capacitaciones que en voz del propio personal de salud es un requisito difícil de cumplir al cien por ciento, ya que muchas de las parteras son mujeres mayores de edad, analfabetas, monolingües y de escasos recursos, por lo que tienen posibilidades limitadas de desplazarse para acudir a las capacitaciones. El responsable del programa de Desarrollo Comunitario comparte su crítica a los requisitos establecidos por ejemplo, por parte de la Dirección de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud federal, al respecto:

“La Dirección de Medicina Tradicional... estipula criterios que también son bien cuestionables, que la partera tradicional sepa leer y escribir y que necesita las capacitaciones de los servicios de salud, pues deja un montón de parteras tradicionales y parteras indígenas fuera, porque muchas son analfabetas. Sé que hay casos en los que solamente practican la lengua maya, entonces participar en capacitaciones es un tema que prácticamente se les presenta como imposible” (PS13QROO).



Foto 3. Registro de nacimiento de partera tradicional



Fuente: Foto de Coral Mendoza

En cuanto a las parteras indígenas que viven y trabajan en la zona turística de Cancún se reportó la dificultad que enfrentan para obtener el certificado de nacimiento, aun cuando están registradas en los SESA-Qroo y participan en las capacitaciones. Además, reportaron experimentar malos tratos por parte del personal médico y 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 [la hoja d] 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 [la hoja d] el nacido vivo, pero no las dan. Y a veces como me queda un centro de salud allá, lo solicito, pero son muy groseras (070QROO).

Estas parteras registradas en los SESA-Qroo de la zona de Cancún, consideran que el hecho de que sea el personal médico quien firme los certificados de nacimiento, les quita el mérito y reconocimiento de haber sido ellas quien atendieron el parto:



E: *¿Y el certificado quién lo firma?*

P: *El doctor que lo recibe, como le digo cada región tiene su centro de salud, ellos lo firman, ya ellos firman, uno como quien atendió el parto pues ya no firmas nada, son ellos quienes autorizan todo eso, ellos dicen que no interesa que ellos firmen por eso te mandan para que ellos lo firmen, 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.*

E: *¿Entonces digamos que no le reconocen su trabajo en su certificado?*

P: *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 (071QROO).*

Aun si en el formato del certificado existe una casilla que se marca donde se establece quién atendió el parto, independientemente de quién firma el certificado, para las parteras el no firmar el certificado, sobre todo después de que antes de la pandemia, sí los firmaban ellas, es una situación que se vive como injusta y como una expropiación de su trabajo. Además, al no firmar el certificado, las parteras no pueden tener la certeza de que el personal de salud marque la casilla reconociendo que fueron ellas las que atendieron el parto.

Este último testimonio nos ayuda a entender que probablemente existe un subregistro de partos atendidos por parteras en el que se intersecan situaciones de desigualdad e injusticia que las mismas parteras nos comparten, argumentando que en su misma zona el acceso de las parteras extranjeras a las hojas de nacido vivo y certificados de nacimiento es menos accidentado que el de ellas, ya que estas parteras cuentan con los medios económicos y las relaciones para, de manera ilegal, comprar los certificados de nacimiento:

"Ellas (...) reportan su trabajo allá por Carrillo, por Tulum, Playa del Carmen, Cozumel, muchas extranjeras que trabajan, pero ahora ya trabajan por su cuenta y pagan un doctor para que le den su [hoja de] nacido vivo. Ellas lo compran, ya no lo dan gratis, pero en cambio nosotras ni porque somos mexicanas" (071QROO).

Frente a esta situación la responsable de Salud perinatal del estado comparte una preocupación por la cual de manera oficial la Secretaría de Salud ya no expide las hojas de nacido vivo; pero, así haciendo, fractura la relación con las parteras indígenas:

"Estas parteras (partera extranjeras) atendieron un parto en el 8° piso, y este fallece primero porque ellas no saben manejar la urgencia, fue una inversión uterina (...) la paciente no es nacional es una paciente extranjera, esta paciente fallece (...). Es muy difícil llevarla a la sala de urgencias, a pesar de que se entuba y se atiende fallece la paciente.

E: *¿Ese en qué año fue doctora?*



PS: Fue este año (2022)

E: ¿El hospital donde ella estaba era un hospital público o un hospital privado?

PS: Era un hospital privado.

E: ¿Esto qué problemáticas les genera a ustedes?

PS: Muchas porque no solamente es que pueda haber muertes maternas que es lo que tratamos de disminuir, pero la otra situación es... si en estas comunidades indígenas se hace la venta de menores que también lo hemos visto publicado en Facebook... Entonces acá está vinculado a esto, a nosotros nos preocupa porque entonces por eso hicimos más severo el que "no te voy a dar el certificado hasta que tú no me la lleves", porque de otra manera tendría que entrar Fiscalía, para decir "ah, sí ese bebé es de esa señora" y eso es lo que nos complica, ahí es donde se nos complica.

E: ¿Y qué pasa con las hojas de alumbramiento?

PS: Hojas de alumbramiento no manejamos. Estamos tratando de que todo sea certificado de nacimiento y es vía el médico de la comunidad, no la partera.

E: Para tener este tipo de control.

PS: Así es, y así obviamente acotar a estas pseudo-parteras" (PS10QROO).

No obstante, se tiene registrado que de manera extraoficial se siguen expidiendo hojas de nacido vivo en las distintas jurisdicciones; es decir, que la indicación de eliminar la entrega de hojas de nacido vivo a las parteras es reciente y no ha sido adoptada por todo el personal operativo, ni por las encargadas de la jurisdicciones, evidenciando de nueva cuenta la desorganización y falta de comunicación entre el propio sistema de salud en el Estado. Esto y la existencia del subregistro donde parteras siguen atendiendo sin ser reconocidas como las protagonistas de la atención, son algunas de las problemáticas detectadas durante la investigación. Finalmente, lo anterior nos ayuda a dar cuenta que las problemáticas con el certificado de nacimiento en Quintana Roo puede ser similares a las de otros estados, con la agravante de la presencia y el ejercicio de parteras fuereñas no indígenas que complican aún más las cosas en este ámbito.

3.4 Capacitación y credencialización

El código de capacitación en el programa AtlasTi, fue uno de los más recurrentes en el análisis de nuestras entrevistas, al ser ésta y el registro de parteras, las herramientas de vinculación más importantes que la Secretaría de Salud establece con las parteras. A nivel estatal, el personal que tiene dentro de sus funciones la de la capacitación a parteras es el responsable del programa de Desarrollo Comunitario, cuyas líneas estratégicas de trabajo incluyen:

(...) plan de seguridad, señales de alarma, la creación y seguimiento del club de embarazadas, el registro y capacitamiento del club de madrinas y padrinos obstétricos, y ya específicamente en cuanto a partería tradicional sería la capacitación de las parteras tradicionales (PS13QROO).



En Quintana Roo, encontramos que existe un plan de capacitaciones para parteras implementado por la misma área de Desarrollo Comunitario en el que se han establecido diferentes niveles: básico, intermedio y avanzado, en el que cada partera va aprendiendo de manera progresiva, desde temas básicos, hasta otros que incluyen:

(...) los signos de y síntomas de alarma, y en qué momento ellas deben referir, así como cualquier otra técnica que nosotros podamos compartirlas para realizar a la hora del trabajo de parto (...) (PS64QROO).

Así mismo desde el 2019 el estado cuenta con una plataforma de capacitaciones coordinada por el área de Enseñanza y Calidad y la dirección de los Servicios de Salud, ya que son ellos quien otorgan las constancias. En un principio estas capacitaciones eran presenciales; sin embargo, al momento de la pandemia se volvieron virtuales, lo cual complicó el proceso para todas las áreas:

(...) cuando hacemos una capacitación presencial hay un proceso que se tiene que seguir, se registra en la plataforma, sobre validación etc. y que ha sido un poco complicado de tener con las parteras tradicionales precisamente por el perfil que ellas tienen y que eso es un poco complicado. Puedes pedirles que se registren etc.; sin embargo, nosotros dentro de las diferentes jurisdicciones, ...las parteras que tenemos que están como en contacto con nosotros, Y que acuden continuamente a las capacitaciones, ellas saben a cuáles han ido, a qué capacitaciones, y obviamente como cuál ha sido el resultado de las evaluaciones que se hacen. Que se intenta que sean un poco más fáciles de comprender para las parteras, y cuando ellas no tienen la habilidad de leer o escribir, se hace de forma oral o platicada con apoyo del personal que está como de Staff en estas capacitaciones para poder responder y entonces sacar un promedio de alguna evaluación del examen y ya saber cuáles son las que han estado aprobando, o en qué temas se tendrían que reforzar (PS64QROO).

Las parteras registradas ven a las capacitaciones como una forma de legitimación y hasta validación de sus conocimientos, prácticas y ejercicio de la partería, frente al personal de salud que labora localmente en las unidades de salud, volviéndose además un requisito indispensable a cumplir, para poder trabajar, particularmente para el caso de la zona urbana del Estado.

(...) aunque yo sabía, yo tuve que ir de capacitaciones cinco años para que me dejaran trabajar o que me dieran mis papeles para poder trabajar (O71QROO).

Entre el personal que se encarga de las capacitaciones, existe la preocupación por la centralización de esta actividad ya que implica la dificultad o hasta imposibilidad de muchas parteras rurales a acudir, por las distancias y la falta de apoyo económico para el traslado y los alimentos. El personal reporta además que son escasos los recursos económicos y humanos para poder abarcar todas las poblaciones:



Te decía yo que las viejitas además de que son muy viejitas ya no vienen, no tienen tanto dinero para trasladarse, ese es el principal problema que yo vi (PS10QROO).

Durante la pandemia, se redujeron drásticamente hasta eliminarse las capacitaciones a grupos de parteras a nivel jurisdiccional o desde las unidades de salud. Sin embargo, hay experiencias de capacitación por parte de personal de salud que se incentivaron; estas se dieron de forma individual, en lo cotidiano de la relación:

...Fíjate que antes de la pandemia eran mensuales las capacitaciones que teníamos con ellas, después de la pandemia paramos y solamente las capacitaba individualmente, cada que iba por su [hoja del] nacido vivo, platicábamos algún tema durante la pandemia (PS11QROO).

El personal de salud afirma que el retraso de las capacitaciones mensuales después de los picos de la pandemia, se debe a la carga de trabajo en las unidades de salud:

(...) no he podido por la carga de trabajo, como que ya la gente dijo ya no hay pandemia y ahora sí vamos a regresar. No nos damos abasto con la consulta, y no he podido [realizar] las capacitaciones como las había estado dando. La última fue en marzo. Abril y mayo les doy [la hoja de] nacido vivo y les doy un pequeño repaso, o sea les voy preguntando de manera individual. Ya no es como antes, ahorita ya como que bajó eso por la consulta (PS11QROO).

Por parte de las parteras, se reporta que la falta de capacitaciones es un fenómeno que comenzó con la pandemia, ya que años atrás ya se daban con la participación de muchas parteras, a diferencia de ahora:

...Desde que comenzó la pandemia nos suspendieron las juntas, ya va para tres años que no nos juntamos como antes, era un salón lleno, éramos 80 parteras (071QROO).

Hay experiencias positivas de las parteras sobre las capacitaciones, sobre todo cuando se considera que se aprenden temas nuevos que las parteras sienten que enriquecen el bagaje de sus saberes. Tal es el caso de una partera de la comunidad de Felipe Carrillo Puerto que las considera como una oportunidad para adquirir mayor conocimiento sobre su labor:

Aquí siempre nos ha impartido la enfermera del centro de salud (...), nos ha impartido la plática siempre, y dándonos un conocimiento más (...). Nos dan pláticas sobre cómo protegerse y cómo proteger a la parturienta, sobre las pláticas como la evolución del embarazo, sobre la alimentación, control de embarazo, control prenatal, para que la mujer no suba de peso ni tampoco baje de peso. Siempre nosotras como parteras tenemos que aconsejar desde los dos meses a su consulta médica, a su análisis de sangre, su ultrasonido, y después un control prenatal (069QROO).



En estas consideraciones, no aparece una consciencia de que la transmisión de estos conocimientos implica también la expansión del enfoque de riesgo y de la biomedicina. En la experiencia de otras parteras, sin embargo, las capacitaciones no dejan de ser una forma de control sobre su trabajo, por ejemplo, cuando se han hecho presiones en esos espacios para que las parteras grandes dejen de atender:

(...) Bueno, sí, teníamos una directora hace cuatro años... Once años fue ella [directora]. Que me dijo que ya dejara de trabajar, y yo le dije a ella "¿por qué voy a dejar de trabajar si me siento capacitada para eso? Tengo cosas para trabajar y yo no tengo por qué dejarlo". Entonces por eso dijeron ellos que una buscara reemplazo (071QROO).

Por su parte las parteras que acuden a las capacitaciones externalizaron la preocupación por la renovación de sus credenciales, ya que éstas se consideran una forma de reconocimiento de que fueron capacitadas y que el trabajo que realizan es legítimo y revalidado por la institución de salud.

Ahora lo que pasa, yo también tengo, quiero mencionar esto, que ahora como partera ya tiene como cuatro años que está vencida nuestra credencial de partería. Entonces estamos preguntando cuándo nos pueden renovar la credencial, y nos están pidiendo el control de embarazo que llevamos una hoja para rellenar, que necesitamos tener ocho pláticas para que nos puedan contemplar para que nos puedan dar otra credencial.. Si no, no (069QROO)

Quintana Roo es el único estado que hemos encontrado donde la Secretaría de Salud actualmente no ofrece credenciales a las parteras tradicionales indígenas que están registradas en su censo y que están vinculadas y capacitadas por esta institución. Las parteras coinciden en que este es un grave problema, porque sienten que no tienen legitimación al no ser validadas por el sistema aun si ellas "cumplen" con lo que los SESA-Qroo les exige; esto, a raíz de un problema que no les atañe de manera directa, pero que las salpica de manera negativa, quitándoles un reconocimiento que para ellas es vital.

La credencialización de las parteras tradicionales, se ve imposibilitada debido a que los SESA-Qroo consideran que no hay una normativa clara para poder emitirla. Se tiene un registro que el último año en el que se emitieron fue en 2017; sin embargo, se nos comentó que estas credenciales no cumplían con los requisitos ya que eran firmadas por personal no autorizado para "validar" el perfil de partera tradicional. El responsable de salud comunitaria así lo explica:

No hay credenciales. Hubo credenciales en 2017 pero eran credenciales expedidas sin apego a la normativa (...) incumplen con lo que dice la guía o con lo que indica la normativa, de pronto firma un jefe jurisdiccional cuando no tiene esa facultad para validar este perfil, únicamente es el Secretario o la Dirección de Calidad. Pero aun así es, bueno, desde la perspectiva intercultural es cuestionable el tema de las credenciales... Respondiendo concretamente, actualmente no existen credenciales en el estado, existieron



hasta 2017 pero éstas eran firmadas hasta por presidentes municipales o por autoridades de la jurisdicción. partir del 2017 no se expidió ninguna credencial (PS13QROO).

Hay falta de claridad en cuanto a quién tiene la responsabilidad y la prerrogativa de expedir estas credenciales entre los distintos departamentos de la Secretaría de Salud, lo cual revela un cierto grado de desorganización y, sobre todo, un vacío en las normativas estatales o federales en cuanto a la partería tradicional:

E: Esta credencial sería emitida ¿por quién?

PS: Es que eso es lo que está ahorita indefinido porque hemos hecho las consulta y bueno, originalmente esto era de gente que decía... ok es que ya cambiaron de nombre, ya no se llaman como antes... Planeación, Calidad y Archivo, ese es el área responsable anteriormente de hacer la emisión de credenciales una vez que las parteras son capacitadas. Pero, pues, ellos consultaron el área estatal, su área federal, su área federal contestó que ellos no podían ser... Sin embargo, quienes emiten las constancias para las capacitaciones son estas [áreas], pero derivado de todo esto y lo que estamos entrando, eso ha sido el punto más crítico para mantener en un padrón a las parteras tradicionales. Y entiendo, porque pareciera como que a la hora que puede venir la Fiscalía en este tipo de casos (la muerte materna de una mujer atendida por una partera rusa), este caso que te comento que llegó la Fiscalía porque violó muchos de los artículos de la Ley General de Salud... Entonces, es miedo de estas entidades de emitir algo oficial. Ese, digamos, es el mayor riesgo que yo le veo ahora para ellas (PS10QRO).

Se considera que los SESA-Qroo no tienen la posibilidad de “validar” a las parteras tradicionales y se expresa el miedo a asumir la responsabilidad institucional en el emitir estas credenciales. La razón fundamental tiene que ver con la presencia de parteras fuereñas o extranjeras que se autonombran como parteras tradicionales y exigen ser afiliadas al sistema de salud pasando por los procesos de validación que siguen las parteras indígenas comunitarias; por ejemplo, a través de las capacitaciones:

E: ¿Anteriormente se daba alguna credencial?

PS: Sí se daban credenciales, pero dentro de estas credenciales estaban estas personas (parteras extranjeras) (...) la Fiscalía les preguntó que por qué hicieron este papel si en las reglas no lo permitían (PS10QROO).

La problemática de la ausencia de credenciales para las parteras es multifacética. Primero, no existe un censo actualizado sobre las parteras indígenas tradicionales en las diferentes zonas del estado, debido a la falta de recursos para identificarlas a nivel local en todos los municipios y localidades. Segundo, no hay una institución o departamento en la misma Secretaría que pueda o quiera hacerse responsable de crear este censo y determinar los criterios de inclusión y exclusión en el mismo. Y, tercero, prevalece el temor de que, por falta de claridad en el proceso, las parteras fuereñas o “extranjeras” accedan a estas credenciales y sigan operando sin regulación ni vigilancia, generando entre las propias parteras



tradicionales una disputa por los recursos, el trabajo y el reconocimiento. En otras palabras, estamos frente a un problema similar al que sucede con los certificados de nacimiento.

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

Las parteras de Quintana Roo **demandan que las autoridades de salud reconozcan su trabajo a través de la expedición de credenciales, mismas a que las parteras refieren como "certificaciones", para sentirse más legitimadas y, por ende, protegidas en su trabajo:**

Lo que es la certificación, desde México dicen que lo van a gestionar, que lo van a dar, pero hasta ahora nada. Entonces como digamos "¿Dónde está tu certificado como partera?", yo le digo "el certificado lo tengo yo acá, el certificado lo tengo con hechos trabajando". Pero para muchos no vale, al doctor se le mueren miles en su camino, eso no lo toman en cuenta, pero si llega a pasará una compañera partera una muerte materna, hasta la cárcel puede ir (...). Lo primero que nos preguntan siempre es si tenemos una cédula de trabajo y nosotras como parteras empíricas no nos ampara nada. No, solo [lo] que nos ampara es la sabiduría (069QROO).

Una problemática que ellas identifican es el maltrato y la discriminación que reciben. Por lo tanto, **una demanda importante** que plantearon tiene que ver con **que se mejore el trato y que se les respete por su trabajo y conocimientos**, por parte del personal administrativo, directivo y operativo de salud de los centros de salud y hospitales **al hacer las referencias de sus pacientes:**

Algunos doctores te dicen "ya la trajiste porque ya no puedes, porque ya la lastimaste por eso vienes". Así te reciben... Pero tú sabes que no es cierto, tú la llevaste sin nada de esas cosas, qué complicaciones, por qué motivo las estás llevando... Pero ellos no lo ven así, por eso nos hacen (071QROO).

Las parteras **demandan la entrega de la hoja de nacido vivo y del certificado de nacimiento sin obstáculos y sin regaños, discriminación y/o humillaciones:**

...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" y yo sé que donde están registradas las pacientes ahí deben de dar el nacido vivo pero no nos los dan (...)(070QROO).

Además, **solicitan la entrega de material anticonceptivo y la resolución y atención oportuna para sus pacientes cuando ellas necesiten referirlas:**

Antes nos hablaban mucho de planificación familiar, de los métodos, incluso yo usé mucho método, mandaban a los pacientes para dispositivo, para pastillas, para inyecciones, para condones, para el DIU, para la OTP, para la radiografía, todo eso lo



llevábamos, teníamos permiso, ahí nos hacían [hacer] todo ese tipo de trabajo. Ya no nos quieren dejar, ya tiene como tres cuatro años ahorita, ya ahorita nos ponen muchos peros (...). Ahorita las pacientes te piden, pero ya no puedes hacer nada porque ya no está en nuestras manos y le hemos comentado a los doctores, pero como ahorita ya no hay juntas, ya las parteras no pueden decir cómo porque pues nomás vamos a entregar el reporte de partos del trabajo... Pero ya no, ya no nos tratan como antes (071QROO).

En particular, **demandan material** y comparten su inconformidad por la falta de insumos para atender partos, pero en algunos casos, también otro tipo de material, que consideran necesitar para realizar su trabajo:

Tuvimos que entrar en la jurisdicción [refiriéndose a que para seguir laborando tenían que ser registradas] y hasta la santa fecha estamos allá... Pero ahí no nos dan dinero, no nos dan material para trabajar, con lo que uno obra, pues con eso vas a comprar material para que trabajas, entonces así lo manejamos, aunque esté en la jurisdicción del centro de salud, tú tienes que comprar el material (071QROO).

Me gustaría (...) que me dieran el material [de] trabajo que necesito, una mesa para atender partos. Cuento nomás con la cama para sobar, si es para sentarse para pláticas no cuento más con nada. Y cómo quisiera que algún día que contemplen este trabajo tener un cuarto digno para atender a mis pacientes (069QROO)".

Cabe hacer notar que la mención de una mesa para la atención del parto, como una necesidad por parte de esta partera, denota los cambios que han acontecido en la partería tradicional y la apropiación de ciertas perspectivas biomédicas en las formas de atender.

En la mayoría de las veces, las parteras en Quintana Roo también se desempeñan como herbolarias y hueseras, además de ser sobadoras. Como tales, **piden protección a sus espacios de plantas medicinales**. Por ejemplo:

Sobre ese tramo de trabajo que tengo allá (terreno ejidal) me han estado perjudicando por los ejidatarios, cada ejidatario nuevo que entra me viene a chapear mis plantas medicinales porque me quieren sacar (069QROO).

Las parteras, sobadoras, médicos y médicas tradicionales y herbolarias **demandan la protección de sus conocimientos tradicionales frente al extractivismo ejercido por personas fuereñas o empresas mexicanas, extranjeras y/o multinacionales**. Sobre eso, una partera comenta la siguiente experiencia:

Llegó una extranjera a conocer lo que somos nosotros y después de aprender se fue a la rivera de Cancún, de Tulum. Por su preparación y porque viene [del] extranjero, le dieron un terreno, la Casa de la Mujer, y se olvidó de las parteras que la enseñaron y de esa manera nos olvidó. Y ella ahora en su Facebook, ahí sube que es partera 100 por ciento y como ella tiene estudios, baja proyectos (..)



E: ¿le dieron algo a usted?

P: Nada, nada

E: ¿Y así como usted, cuántas parteras fueron?

P: Fuimos como 30 parteras de las comunidades

E: ¿Qué les dijo?

P: Ella dijo que iba a luchar por la mujer partera, hasta firmamos un documento que estamos solicitando que nos certifiquen, y jamás supimos de ellas hasta ahora, ahora en redes sociales que tiene su Casa de la Mujer, tiene su espacio de nacimiento digno bajo el agua, tiene de todo y nosotros nada.

E: ¿Cómo usted toma esa experiencia?

P: Pues esa experiencia es que nos obliga a cerrar puerta, nos obliga a cerrar puerta porque toman nuestro conocimiento (...) cómo ves eso es robo de personalidad, porque todo mi conocimiento lo agarró y lo vendió (...). Abusan de los indígenas, pues uno sin conocer sin nada, como libro abierto, experiencia entera porque quieres otras personas aprendan, quieren que te valoren y resulta que los coyotes lo llevan a otro lado (073QROO).

A diferencia de las parteras de la zona norte, las parteras de la región maya en el sur del estado no expresaron la demanda por servicios de salud dignos o una compensación por su trabajo. Finalmente, encontramos que el trabajo de las sobadoras aparece invisibilizado, así como sus aportes a la salud materna de las mujeres durante el embarazo. Esto posiblemente se deba a que varias están desvinculadas de los SESA-Qroo. Por otro lado, las parteras tradicionales indígenas que operan en Cancún sí plantearon **la demanda de poder tener un acceso pleno a servicios de salud oportunos, de calidad y gratuitos; asimismo, demandan el poder tener una beca a cambio de su trabajo.** Sin embargo, la experiencia en campo y las entrevistas realizadas dan cuenta del abandono, las carencias económicas y la falta de acceso a servicios funcionales y dignos de salud para todas ellas.

4.2 Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud

Entre el personal de salud cercano a las parteras, se percibió una inquietud por sensibilizar a los colegas médicos/as y enfermeros/as acerca de los aportes de la partería tradicional, desde las etapas de formación, hasta el ejercicio de la profesión médica o de enfermería. La problemática identificada es **poder contar con financiamiento para realizar talleres de sensibilización al personal de salud para que trabajen con las parteras de manera efectiva y respetuosa, y para que conozcan la importancia de la partería tradicional, el valor de su trabajo y sus derechos a ejercer la partería:**

Capacitar al personal de salud. Empezar por allí, no por las parteras tradicionales, más bien por el personal de salud (...). Creo que el principal es el de gestión y abogacía, tratar que los actores clave o el personal que tendría que estar involucrado se sensibilice... Es el [paso] más desgastante, el más frustrante, pero al mismo tiempo tendría que ser el más retador, creo que ese es el reto a nivel profesional, y el reto a nivel individual es tratar de generar evidencia [de esta necesidad] (PS13QROO).



Esta necesidad es apremiante, ya que el personal médico y de enfermería que ha tenido una experiencia positiva de colaboración con las parteras, encuentra en su propio gremio una ausencia de vinculación con el trabajo de las parteras tradicionales por actitudes prejuiciales, rechazo, falta de aceptación, falta de experiencia previa y/o desconocimiento de cómo trabajar en equipo con ellas:

Trabajo con una partera que tiene (...) 38 años ejerciendo la partería... ¿Tú crees que no tiene la experiencia? Sin embargo, mis compañeros, o sea no valoran eso, piensan que el estudio y el conocimiento en los libros es muy importante. Pero [no hay] nada como la experiencia que agarras con las manos, entonces para mí es muy respetable su trabajo, y no te sabría decir por qué los demás no confían en ellas, porque hay médicos que no tienen ese trabajo en equipo (PS11QROO).

La saturación de tareas, el trabajo burocrático, en general, las cargas excesivas de trabajo entre las personas que tienen la responsabilidad de los programas en los SESA-QRoo, representan otra problemática que se manifestó durante el trabajo de campo y que se nos refirió que es un problema que se ha profundizado en los últimos años por los recortes presupuestales y del personal mismo. Esto impide coordinar e implementar de forma plena el programa de partería y sus estrategias:

Te pongo un ejemplo: En jurisdicción tres tuvimos en 2019 a un responsable de Desarrollo Comunitario, que a la vez era responsable de Salud Materna y jefe de departamento. Entonces su capacidad para coordinar este tipo de trabajos se veía reducida (PS10QROO).

En particular, se reportó una falta de estrategias claras y de una disponibilidad escasa de recursos financieros y humanos a nivel estatal para apoyar en la vinculación del Sector Salud con las parteras. Además, se mencionaron algunos de los vacíos en el marco Legal y normativo a nivel estatal y federal:

Hay una serie de necesidades que requieren de mucha organización, recursos y compromiso por parte de las instituciones federales para hacer alianza por parte de la partería tradicional... Y también entiendo que hay lagunas tremendas en la normativa, partiendo de la normativa local hasta la nacional. Creo que hay mucho trabajo que hacer para cuando uno acude a la comunidad y conversa con las parteras, hay veces que parecen que trabajan solas ¿no? No tienen un enlace con el sistema de salud, a grande rasgo este sería el panorama que podría expresar (PS13QROO).

La falta de regulación de la partería autodenominada tradicional o “en la tradición”, practicada por mujeres que no provienen de comunidades rurales e indígenas, sino que son urbanas, autónomas y a las que se les nombra, sin hacer matices algunos, como “extranjeras”, limita las estrategias de vinculación con las parteras tradicionales indígenas e imposibilita la entrega de hojas de nacido vivo y credenciales:



[En] la zona norte, nuestro mayor reto son nuestras parteras extranjeras y aquellas parteras que se denominan como parteras tradicionales pero que como lo dice la definición no cumplen con los requerimientos de partera tradicional o incluso están haciendo funciones como si fueran enfermeras. Y ellas, sí usan los medicamentos (...) Ahora el personal médico tiene cierta resistencia porque ellas están administrando medicamento, están dando soluciones, están cobrando por los servicios cantidades incluso mucho más alta de lo que un ginecólogo te puede cobrar por una atención del parto. Y creo que esto rompe un poco el vínculo que puedan llegar a tener entre la parte de la partería tradicional con [el personal) médico[o], sobre todo la atención de especialistas en los hospitales. Creemos que lo que ellas están haciendo no es correcto y esto nos ha llevado a nosotros en diferentes ocasiones a actualizarles sobre lo que es la partería tradicional, y cuáles son los términos de la parte de partería tradicional, y hasta dónde llegarían y cuál es la diferencia con estas parteras extranjeras que están ofertando servicios que en realidad no están dentro de lo que debería hacerse como partería tradicional (PS64QROO).

Finalmente, también se expresó que, a diferencia de lo que sucede en Yucatán, hay una falta de comunicación y vinculación con el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya (INDEMAYA), sede Quintana Roo; esta desvinculación se ve como una desventaja, ya que esta institución tendría la posibilidad de facilitar el registro de las parteras mayas identificadas desde sus propias estrategias, e incluso trabajar en conjunto:

Pero hay otras gentes dentro de la misma Secretaría que les tocaría vínculo con algo que se llama INDEMAYA, y ese INDEMAYA es quien tiene los padrones de parteras tradicionales, ese vínculo tendría que darnos ese listado y hoy está todavía como indefinido (PS10QROO).

4.3 Convergencias entre problemáticas y demandas planteadas por las parteras y por el personal de salud

En los dos últimos apartados hemos dado cuenta de las problemáticas y demandas de ambas partes, de la cuales podemos rescatar algunos puntos convergentes que nos parecen relevantes y sugerentes.

Ante la demanda de las parteras de la zona norte sobre la falta de seguro médico y condiciones dignas de acceso a una atención oportuna y de calidad a sus enfermedades, el personal de salud demanda también que existan condiciones para una atención digna, oportuna y preventiva para parteras, sobadoras y médicos/as tradicionales.

Las parteras asumen como algo necesario el apoyo económico y la entrega continua y periódica de materiales e insumos por parte de las instituciones de salud donde ella reportan su productividad en cuanto a partos atendidos. Frente a eso, el personal de salud también remarca que tienen carencias de recursos humanos suficientes, y desabasto de materiales en unidades de salud para brindar a las parteras.



Mientras el personal de salud considera que es escaso el recurso financiero y humano para brindar capacitaciones a las parteras, así como la falta de material didáctico adecuado, las parteras registradas comparten la incertidumbre sobre la continuidad de las capacitaciones después de la pandemia.

Frente al trato inadecuado y poco respetoso por parte del personal de salud operativo, administrativo y directivo en las unidades médicas, al solicitar las parteras la hoja de nacido vivo, el certificado de nacimiento y/o algún otro trámite relacionado con su trabajo, **el personal de salud en oficinas centrales solicita realizar talleres de sensibilización para el personal de salud**, porque reconoce que hay maltrato y relaciones de discriminación y falta de respeto hacia las parteras.

Ante la denuncia de algunas parteras de la apropiación del conocimiento tradicional de partería tradicional indígena por personas ajenas a las comunidades que a largo plazo genera desventajas en el ejercicio de su labor, en las oficinas centrales se reconoce que hacen falta lineamientos para la regulación del trabajo de estas parteras que ejercen el oficio sin proceder de las comunidades.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

Durante el trabajo de campo se detectaron experiencias de vinculación por parte de personal de salud con parteras que catalogamos como buenas prácticas. Una primera estrategia tiene que ver con la gestión de recursos materiales (como vehículos y organización de rutas) que generan las condiciones para que las parteras tradicionales puedan acudir a las capacitaciones:

Las viejitas además de que son muy viejitas... no tienen tanto dinero para trasladarse... Ese es el principal problema que yo vi, y que incluso -nombre X- ya había trabajado con rutas para recogerlas y traerlas a las capacitaciones, porque al ser tan honestas y no cobrar, pues no tienen dinero para trasladarse cuando son convocadas" (PS10QROO).

Una segunda estrategia es la de haber logrado, en algunos casos, adecuar evaluaciones y capacitaciones a las características de las parteras:

(...) que se intenta que sean un poco más fáciles de comprender para las parteras, y cuando ellas no tienen la habilidad de leer o escribir, se hace de forma oral o platicada con apoyo del personal que está como de Staff en estas capacitaciones para poder responder ... y ya saber cuáles son las que han estado aprobando, o en qué temas se tendrían que reforzar (PS64QROO).



En tercer lugar, se encontró que hay experiencias de personal de salud, sobre todo cuando ya tiene tiempo de ubicarse en el mismo lugar y de haber conocido y colaborado con las parteras de manera cercana, que valoran positivamente el conocimiento de las parteras y lo reconocen explícitamente ante las parteras y las mismas mujeres que se atienden con ellas; al mismo tiempo, que también lo reconocen en los centros de salud. Una médica comparte:

(...) Yo les pregunto "¿Qué te dijo tu partera?" Y ya me dicen: "No, pues, de que viene sentadito". Efectivamente, siempre les doy el crédito para que [las mujeres] nos crean a las dos, y las parteras van conmigo, me dicen "mis pacientes son tantas y me preguntan cómo van en su consulta y su control" y yo les digo a ellas, igual lo que pasa. Trabajamos muy en equipo (PS11QROO).

Un cuarto elemento es la buena práctica de dar apertura a las parteras en espacios de atención institucional, para que éstas puedan acompañar a sus pacientes. Una médica comparte:

(...) A parte de qué yo recibía en la unidad pacientes que atendían el parto con alguna partera tradicional que estuviera cerca de la comunidad en donde yo estaba, Ahí las mismas parteras tradicionales las llevaban al centro de salud para la emisión del certificado de nacimiento para hacer acompañamiento. Ellas se quedaban y yo les permitía entrar con las embarazadas a la consulta para que ellas me describieran cómo fue la atención que tuvo con la paciente. Y eso te permite conocer mucho, algunas cosas que nosotros manejamos diferente a lo que saben las parteras tradicionales, eso fue lo primero (PS14QROO).

Finalmente, se encontraron ejemplos del establecimiento de relaciones de confianza y de mutuo apoyo del personal de salud con las parteras. Por ejemplo, en el municipio de Morelos una partera comparte una experiencia de vinculación con la médica:

E: ¿Fue difícil esa vinculación con la doctora?

P: Se llevaba conmigo, no fue difícil. Se llevó muy bien conmigo, con ella nunca tuve ningún problema. Cuando yo tenía mi última hija... fueron a buscar a la partera y no estaba y entonces le dije a mi esposo que fueran a buscar a la doctora y yo le dije ve y me dijeron "hasta crees que va a venir"...Y yo dije "sí, ella va a venir". Y es que yo de escondidas así a todos mis trabajos porque a él no le gustaba, hacía yo mis trabajos [de atender a mujeres en el embarazo y parto], por eso tenía relación con la doctora y él no sabía pero tampoco sabía que la doctora iba a ir a verme. Y le dije "anda, búscame a la doctora. Va a venir, yo sé" (073QROO).

En cuanto a aprendizajes generales, se encontró que existe una amplia diversidad de parteras tradicionales, en su mayoría mujeres mayas; sin embargo, también se encontró una gran diversidad de practicantes indígenas de la medicina tradicional, como son hueseros, herbolarias, médicos tradicionales, sacerdotes mayas y sobadoras tradicionales. Para



caracterizar a las parteras tradicionales es importante remarcar que son en su mayoría mujeres mayores de edad, sin acceso a servicios médicos de calidad, ni apoyos constantes por parte de las instituciones de salud para ejercer su labor.

La vinculación con el sector salud es escasa en las zonas rurales de la región maya del sur del estado. Aun cuando existe un acceso carretero, la falta de recursos institucionales dificulta el registro y el seguimiento a las capacitaciones por parte de los SESA-QRoo. Durante la pandemia, las parteras reportaron la preferencia de las mujeres embarazadas a atenderse con ellas, por miedo al contagio. Sin embargo, en general se registró que las mujeres embarazadas acuden con mayor frecuencia con las parteras para la sobada o para el cuidado del puerperio, pero menos para la atención de un parto; las parteras han notado una disminución de la atención anterior a la pandemia, disminución que genera la transición de parteras a sobadoras.

En cuanto a las parteras tradicionales de la zona turística se registra la dificultad para otorgar el certificado de nacimiento, aunque estén registradas en la unidad de salud, además de que reportaron recibir malos tratos por el personal de salud, tanto de parte de enfermeras o médicos/as operativos, como de personal administrativo o directivo.

Sobre la presencia de parteras ajenas a las comunidades, algunas de ellas extranjeras, en zonas donde también hay parteras tradicionales se encontró que las parteras tradicionales indígenas reportan la apropiación indebida de sus conocimientos, y una preocupación por la forma desigual en que estas parteras externas, con mayor nivel educativo y recursos económicos propios, tienen para poder acceder al certificado de nacimiento de manera ilegal, comprándolo, mientras que a las parteras tradicionales comunitarias se les niega. También reportan el cobro por la atención de un parto que es mucho más elevado por estas parteras ajenas a las comunidades. Las parteras tradicionales indígenas manifiestan indignación frente a estas actitudes y prácticas que las despojan a ellas y les dificultan aún más el ejercicio de su labor.

Se reconoce la presencia de procesos organizativos emergentes de las parteras tradicionales, uno desde la CAMI María Uicab y el otro de las parteras vinculadas con el movimiento Nich Ixim en Chiapas. Además, se encontraron experiencias de vinculación a nivel local, desde 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.

El trabajo de campo en oficinas centrales nos ayudó a profundizar en las trayectorias de algunas de las autoridades de salud entrevistadas. Todo el personal de salud entrevistado en oficinas centrales declara haber tenido contacto directo con parteras tradicionales, mediante visitas, capacitaciones o en sus trayectorias como personal operativo. Esto hace que puedan expresar una mucho mayor sensibilidad hacia la labor de las parteras y reconocer abiertamente su valía.



Así como en los otros estados de estudio, encontramos que las capacitaciones son la herramienta de vínculo más importante del personal de salud con las parteras tradicionales, pero hay preocupación por la falta de recursos para lograr estas capacitaciones y para implementar los programas de partería, así como el desabasto para brindar apoyos en material y otros. Además, las capacitaciones, su seguimiento y el vínculo con las parteras se fragmentaron durante la pandemia; ha sido difícil retomarlo por temor al contagio de parteras mayores de edad durante las capacitaciones y por la falta de recursos para poder apoyar a las parteras en sus traslados.

Se reconoce la presencia de personal de salud con poca o nula sensibilidad y mucho desconocimiento del trabajo de las parteras, por lo que les resulta difícil aceptarlas y valorarlas. Se manifestó la necesidad de que el personal de salud que trabaja en la misma zona que las parteras reciba una sensibilización intercultural; además, se expresó la necesidad de mejorar la vinculación con hospitales de segundo nivel para que las parteras puedan referir y acompañar a las mujeres que necesitan apoyo especializado, sin ser maltratadas y con un justo reconocimiento de sus saberes y su labor.

Hay una preocupación por la vinculación con las parteras debido a la falta de continuidad en el sistema de salud en cuanto a las contrataciones y por las rotaciones continuas del personal encargado de los programas y del personal operativo en zonas rurales. En las oficinas centrales se observa una tensión en el estado y sobre todo en las zonas turísticas, por la presencia de parteras ajenas a las comunidades que se denominan parteras tradicionales, ya que hay una ausencia de regulación en sus prácticas que finalmente, afecta muy negativamente a las parteras tradicionales, impidiendo que se les otorgue credenciales y dificultando la obtención de los certificados de nacimiento. Además, hay una dificultad evidente y reconocida en cuanto a quiénes censar como “parteras tradicionales” por parte de los SESA-QRoo.

5.2 Recomendaciones

Algunas recomendaciones que se desprenden del análisis para el estado de Quintana Roo incluyen las siguientes:

- Destinar un rubro financiero exclusivo, suficiente y continuo, para la implementación de los programas de partería tradicional, así como para la capacitación y sensibilización del personal de salud.
- Gestionar recursos a nivel federal para otorgar un apoyo económico y materiales e insumos a las parteras tradicionales, así como el acceso a servicios médicos oportunos y de calidad para prevenir, atender y darles seguimiento y control a las enfermedades que las parteras padecen.



- Posibilitar la contratación de personal de salud para coordinar el área de partería de manera permanente, así como de intérpretes mayas en las unidades rurales de salud.
- Priorizar la vinculación del personal de salud con las parteras que se ubican en la zona maya y rural.
- Facilitar el acceso a hojas de alumbramiento y certificados de nacimiento a parteras tradicionales indígenas que se ubican a nivel urbano en la zona norte del estado.
- Adoptar metodologías horizontales, lúdicas, participativas e interculturales en las capacitaciones brindadas a las parteras registradas.
- Adecuar los procesos de registro, credencialización y reconocimiento de las parteras tradicionales a sus características y sus condiciones históricas.
- Generar formatos y mecanismos comunicativos expeditos y sencillos que faciliten las referencias de una partera tradicional al segundo nivel, ante una complicación o urgencia.
- Generar lineamientos o mecanismos legales para regular el trabajo de las parteras ajenas a las comunidades, incluyendo a las parteras extranjeras.
- Diseñar y aplicar herramientas de protección al conocimiento de las parteras tradicionales como patrimonio cultural.
- Generar puentes eficaces de comunicación entre los diferentes niveles de gobierno que tengan injerencia directa o indirecta con la partería, y las coordinaciones encargadas de los programas de partería tradicional en los SESA-QRoo, incluyendo a el INDEMAYA, sede Quintana Roo.
- Reconocer en el marco legal el papel protagónico de la sobadora tradicional en el cuidado de la salud de la mujer embarazada.

Capítulo 5

Veracruz

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2021-2022)

ELABORADO POR:

DRA. PAOLA MA. SESIA

LIC. AIDÉ RODRÍGUEZ SALAUZ



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE VERACRUZ

El estado de Veracruz se localiza en la parte central de la vertiente del Golfo de México limitando con siete estados mexicanos: al norte con Tamaulipas; al oeste con San Luis Potosí, Hidalgo y Puebla; al suroeste y sur con Oaxaca y al sureste con Chiapas y Tabasco. Tiene una población de 8,062,579 habitantes distribuidos en 212 municipios en 10 regiones (Huasteca Alta, Huasteca Baja, Totonaca, Nautla, Capital, Sotavento, Montañas, Papaloapan, Los Tuxtlas y Olmecas) (INEGI 2020).

De acuerdo al INEGI, en este estado 9 de cada 100 personas son hablantes de lengua indígena de 3 años y más; mientras, la proporción a nivel nacional es de 6 de cada 100 personas que hablan lengua indígena de 3 años y más. Existen 12 lenguas y tres variantes, entre las que destacan: Huasteco, Popoluca de Oluta, Popoluca Mixe de Sayula, Popoluca de Texistepec, Popoluca de la Sierra, Mixe, Zoque, Chinanteco, Zapoteco, Mazateco, Mixteco, Otomí, Totonaca, Tepehua y Náhuatl.

Los Servicios de Salud de Veracruz (SSVER) ofrecen servicios de salud para la población no derechohabiente, por medio de 839 centros de salud, dos centros de salud con hospitalización, 24 hospitales básicos comunitarios, 27 hospitales generales y tres hospitales de especialidades, además de unidades móviles y unidades de especialidades médicas (Cuarto Informe de Gobierno, 2022). Los SSVER se organizan a través de sus 11 jurisdicciones Sanitarias, algunas de las cuales cubren áreas con concentraciones importantes de poblaciones indígenas.

También hay presencia del programa del Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-Bienestar) con 514 unidades médicas rurales (UMR) de primer nivel de atención y seis hospitales rurales (en Coscomatepec, Chicontepec, Jaltipan, Papantla, Zongolica y Atzalan) ubicados principalmente en zonas rurales, la mayoría en las zonas donde no hay presencia de los SSVER, aunque sí hay zonas donde colindan. Cabe mencionar que el 30 de noviembre 2022, en el marco de la reforma del sistema público de salud auspiciada por el Gobierno federal, fue anunciada una primera transferencia de 450 centros de salud y 35 hospitales desde los SSVER al IMSS-Bienestar.

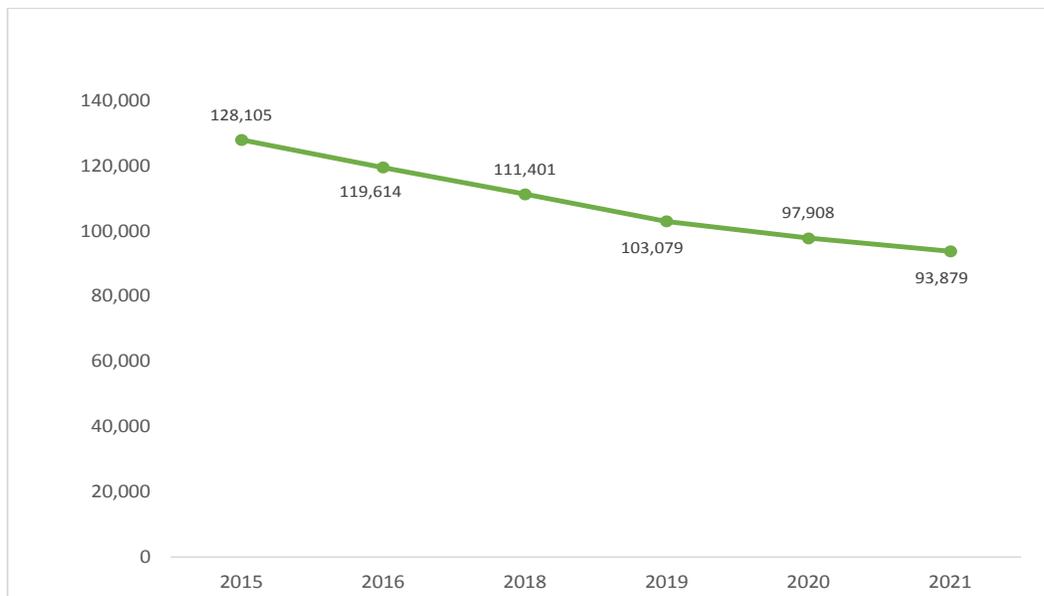
Veracruz es una de las entidades con mayores defunciones por muerte materna a nivel nacional, entre otras razones, por ser uno de los estados con mayor población en el país y con mayor número de nacimientos, aun si éstos están en franca disminución en el tiempo. Hasta la semana 48 de 2022 se contabilizaron 39 muertes maternas, de las cuales 25 ocurrieron en las áreas de cobertura de los SSVER, tres en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tres en el programa IMSS-Bienestar, tres en servicios privados y cinco sin atención; éstas representan el 5.7% del total de las muertes maternas ocurridas a nivel nacional hasta esa semana.



Veracruz se ubica en el 4º lugar entre las entidades federativas, tanto por el número total de nacimientos ($n=93,879$ en 2021) como por el porcentaje de nacimientos atendidos por parteras, con un 4.1% en 2021, cuando a nivel nacional el porcentaje correspondiente fue el 1.8% (SINAC, 2021).

Se analizaron los nacimientos de los datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) del 2015 al 2021, en los cuales se destaca que en Veracruz han disminuido en referencia a los años analizados, lo cual es acorde a los datos nacionales. Se identificaron los nacimientos atendidos por parteras en esta entidad y se observa que antes de la pandemia de Covid-19 había una tendencia a la disminución de la atención con parteras y en 2020 se registra un incremento significativo en su atención; para 2021 vuelve a disminuir; sin embargo, ésta aún sigue siendo mayor que la tendencia que se venía presentando antes de la pandemia de Covid-19. Estos datos muestran la participación activa de las parteras las cuales durante la pandemia jugaron un papel fundamental para la salud materna en sus localidades (Gráficas 1 - 5).

Gráfica 1. Total de nacimientos en Veracruz de 2015 - 2021

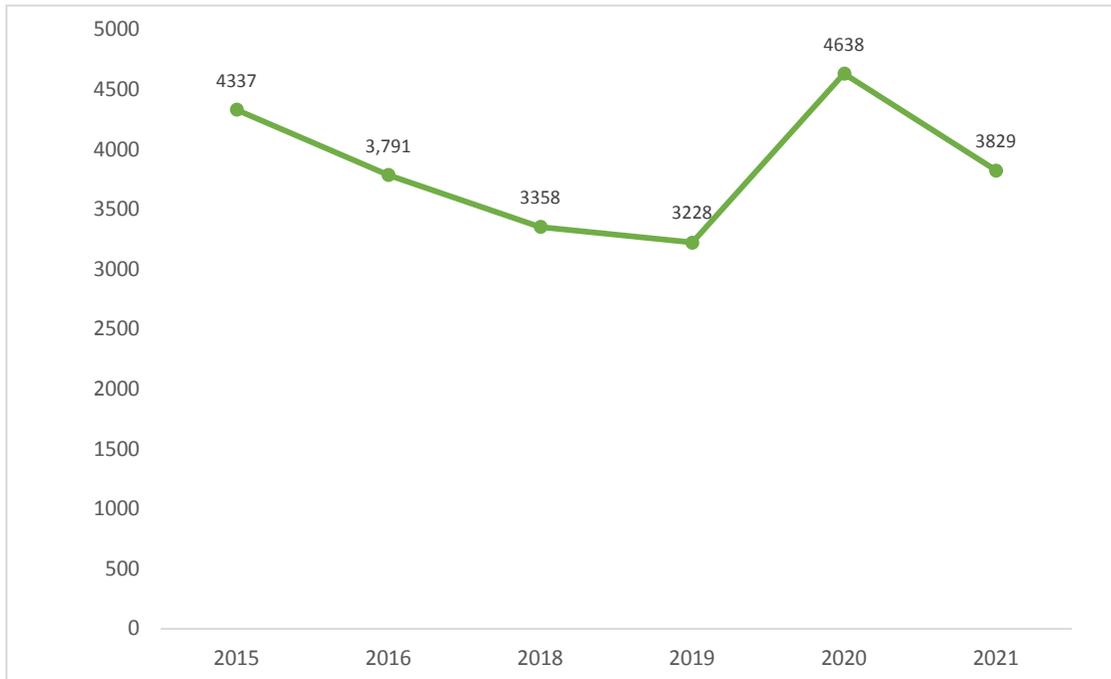


Fuente: Elaboración de Aide Rodríguez con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

Como se puede ver en las gráficas, los municipios con el mayor número de nacimientos atendidos por partera tienden a repetirse entre el año 2020 y 2021, sobre todo en referencia a aquellos que atienden más partos. Es importante mencionar que por lo menos en Altotonga y Tlaquilpa, hay parteras técnicas profesionales que laboran en los SSVER y que atienden un número importante de partos en estos dos municipios. En general, se nota también un decremento del número de partos atendidos entre 2020 y 2021, pero no es así en el municipio indígena de Filomeno Mata que fue incluido en el estudio, al igual que en el municipio interétnico de las Choapas.

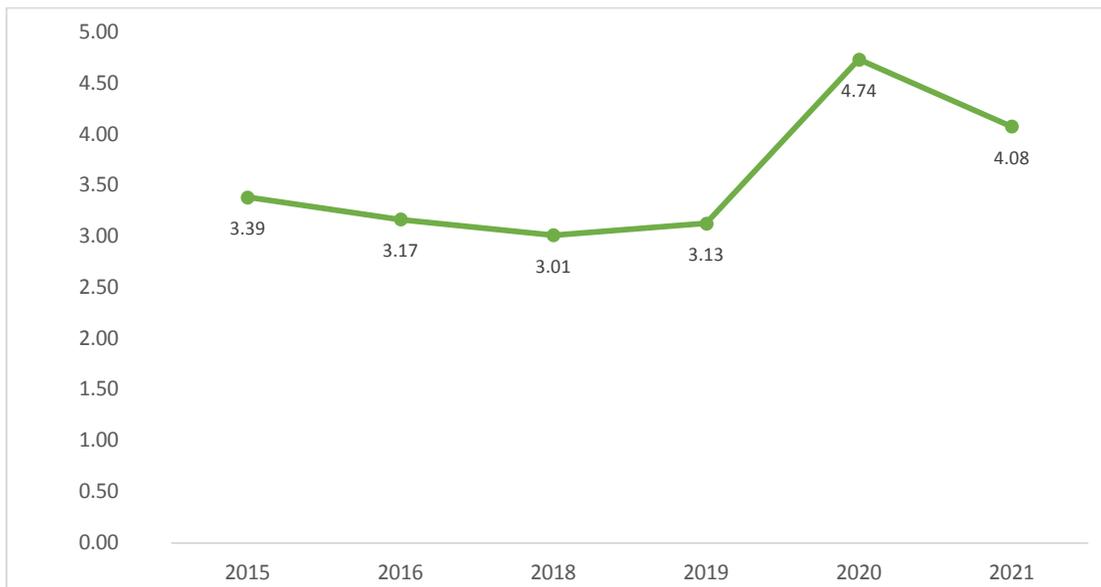


Gráfica 2. Total de nacimientos atendidos con parteras en Veracruz de 2015 - 2021



Fuente: Elaboración de Aide Rodríguez con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

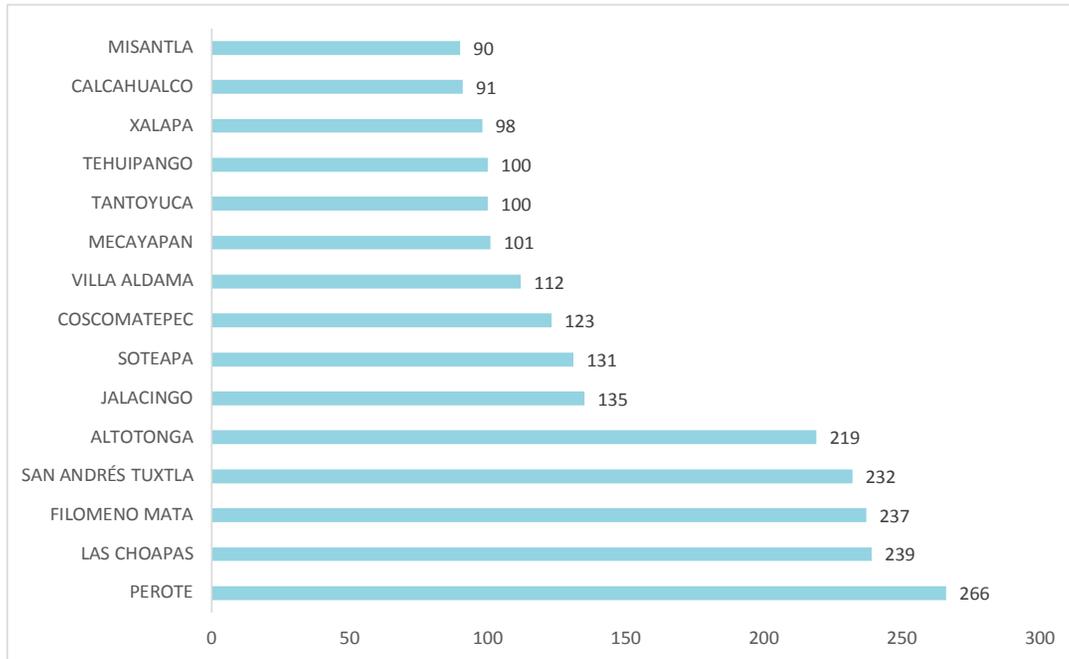
Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos con parteras en Veracruz 2015 -2021



Fuente: Elaboración de Aide Rodríguez con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

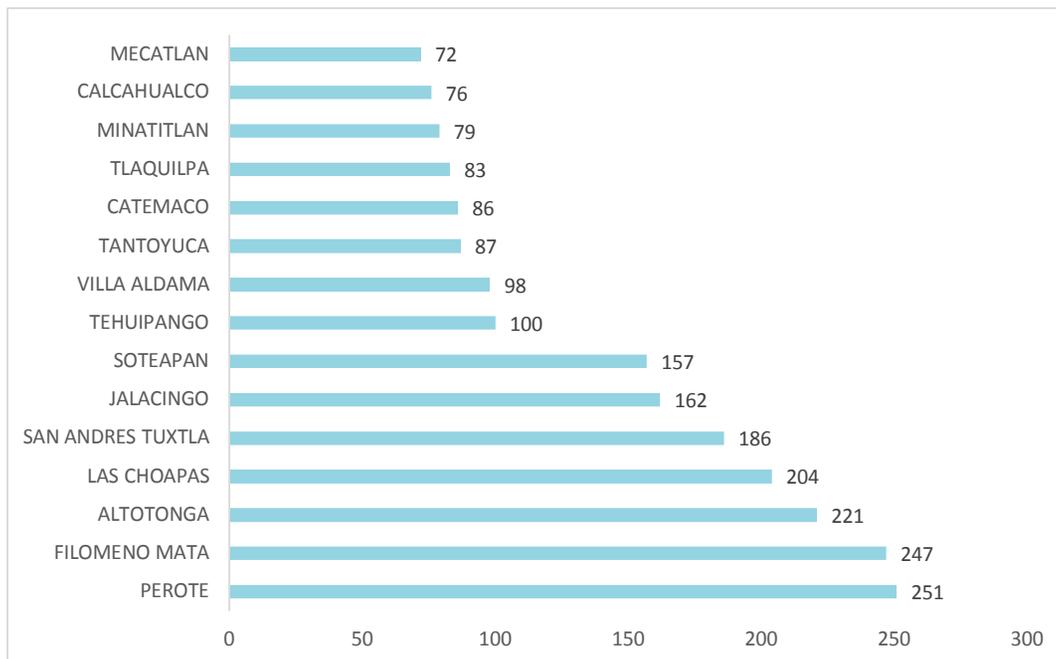


Gráfica 4. Municipios con mayor cantidad de partos atendidos por parteras, Veracruz, 2020



Fuente: Elaboración de Aide Rodríguez con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2020

Gráfica 5. Municipios con mayor cantidad de partos atendidos por parteras, Veracruz, 2021



Fuente: Elaboración de Aide Rodríguez con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2021



A diferencia de otros estados, al revisar el dato de nacimientos registrados que proporciona el INEGI y que deriva de la información registrada en las actas de nacimiento emitidas por los Registros Civiles (donde el informante es la misma mujer y su pareja u otros familiares cercanos, por lo que se supone que la información de quién atendió el parto proviene de ellos), se reporta que para el 2020 el 3.2% de los nacimientos registrados fue atendidos por partera o enfermera, mientras que para el dato 2021 este porcentaje sube a 3.9%.¹ Como se puede ver, no hay una diferencia sustancial entre los datos del SINAC (los cuales de hecho registraron un porcentaje superior al INEGI) y los datos de nacimientos registrados, por lo que se considera que en Veracruz, es muy probable que los certificados de nacimiento—que son la fuente de información de la base SINAC—reporten de manera confiable los partos atendidos por parteras.

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

Considerando que en Veracruz no existen organizaciones de parteras con las cuales apoyarse para la selección de los lugares en donde ellas viven y operan, se optó acercarse a los SSVER para poder tener acceso a las parteras indígenas y a los lugares donde ellas más atienden. Se contactó así en un inicio al Secretario de Salud de Veracruz explicando los objetivos de la investigación el cual dio su anuencia para que ésta se llevara a cabo con el apoyo de los SSVER.

Se realizó el trabajo de campo en los meses de junio-julio de 2022. Primero, se entrevistó a la Coordinadora Estatal de Salud Materna y Perinatal y a la Responsable Estatal del Programa de Intervenciones comunitarias (donde se ubica a la partería tradicional) de los SSVER. Con el apoyo de esta última, se seleccionaron tres jurisdicciones que cubren importantes áreas indígenas del estado, para llevar a cabo el trabajo de campo: la Jurisdicción 7 de la Montaña ubicada en Orizaba y con cobertura de la región nahuatl, la Jurisdicción 3 de Poza Rica la cual abarca la zona totonaca y tepehua, y la Jurisdicción 11 de Coatzacoalcos donde se ubican diversos grupos etno-lingüísticos. Se visitaron así los municipios de Xalapa, Orizaba, Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Nogales, Mariano Escobedo, Poza Rica, Tlachichilco, Filomeno Mata, Papantla, Espinal, Coatzacoalcos y Las Choapas.

En el Cuadro 1, se reportan los porcentajes de Hablantes de Lengua Indígena (HLI) de 3 años y más, para los municipios que se incluyeron en el trabajo de campo. Vale la pena mencionar que los porcentajes de autoadscripción (que aquí no se reportan) suben notablemente la proporción de personas que se considera indígena en cada uno de estos municipios.

¹ Los datos de INEGI proporcionan información acerca del número absoluto y porcentaje de nacimientos registrados por año de ocurrencia, además de por quién atendió el nacimiento. En Veracruz de los nacimientos registrados en 2020, el 66% ocurrió en 2020 y el 25.7% en 2019, mientras que el 8.3% restante se refiere a nacimientos registrados ocurridos en años previos. Los datos de nacimientos registrados en 2021, por otro lado, reportan que el 56.7% de los nacimientos registrados ocurrieron en 2021, el 31.1% fueron nacimientos ocurridos en 2020, mientras que el restante 12.2% fueron nacimientos ocurridos en años previos.



Cuadro 1. Porcentajes de HLI, municipios seleccionados, Veracruz

Región/Municipio	% de población HLI
Xalapa	
Xalapa	0.6
Orizaba	
Orizaba	1.6
Soledad Atzompa	95.5
Tlaquilpa	91.6
Nogales	5.4
Mariano Escobedo	0.6
Poza Rica	
Poza Rica	1.9
Tlachichilco	47.1
Filomeno Mata	92.0
Espinal	35.7
Papantla	19.8
Coatzacoalcos	
Coatzacoalcos	2.0
Las Choapas	4.4

Fuente: Elaboración Paola Sesia con base en panorama sociodemográfico por municipio (INEGI, 2020)

Además de las entrevistas en la Oficina Central de los SSVER, se entrevistó al personal responsable a nivel jurisdiccional de salud materna y de partería tradicional en las tres jurisdicciones antes mencionadas, así como en Centros de Salud y el Hospital del Totonacapan (Entabladero). También se logró un acercamiento a una Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS-Bienestar donde se entrevistaron una enfermera y un médico general; a través de la convocatoria de uno de los municipios, acudieron y se entrevistaron parteras que están adscritas a dicho instituto.

Se realizaron 45 entrevistas en total, de las cuales 18 se realizaron a prestadores de salud (16 entrevistas individuales y dos colectivas). Con parteras se realizaron 27 entrevistas (14 individuales y 13 colectivas) en las que participaron 93 parteras y dos parteros. En total se entrevistaron a 115 personas entre personal de salud y parteras y parteros.

En el mapa se describen los datos relativos a las entrevistas realizadas en cada municipio (Ver Mapa 1).

2.1. Perfiles de las parteras entrevistadas

La gran mayoría de las parteras entrevistadas (81 de 95) están registradas en áreas de cobertura de los SSVER; solo 12 parteras entrevistadas están afiliadas al programa IMSS-



Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Veracruz 2022



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto

Bienestar como “parteras rurales”. Finalmente, dos parteras son autónomas o sea, no están afiliadas a ninguna institución de salud.

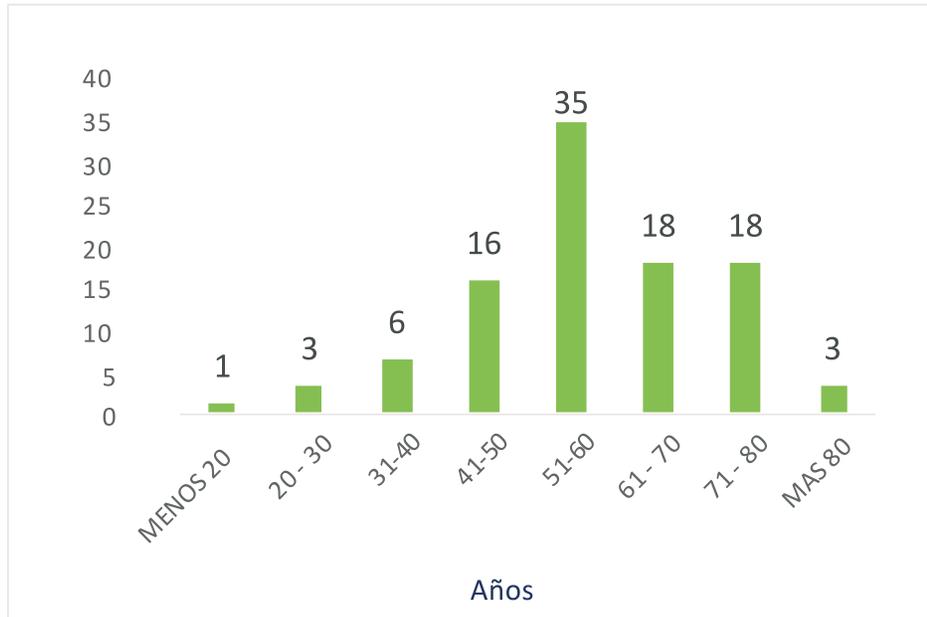
Las 95 parteras entrevistadas se encuentran en un rango de edad de los 15 hasta los 92 años, la mayoría (35%) entre los 51 y los 60 años; casi dos terceras partes (63%) de las parteras entrevistadas habla alguna lengua indígena (Ver Gráficas 6 y 7), todas se consideran parteras tradicionales.

La mayoría inició la partería por la necesidad de atender un parto, en algunos casos desde temprana edad; en la gran mayoría de los casos, ellas aprendieron a ser parteras con sus abuelas o sus madres parteras:

Porque yo no fui capacitada más antes en ningún lugar porque yo atendí el primer parto a los nueve años, atendí a mi hermana, porque mi abuelita era partera mi mamá era partera. Entonces yo no estudié, que diga que yo pagué un estudio, yo no, yo lo traigo de mi abuelita y de mi mamá (115VER).

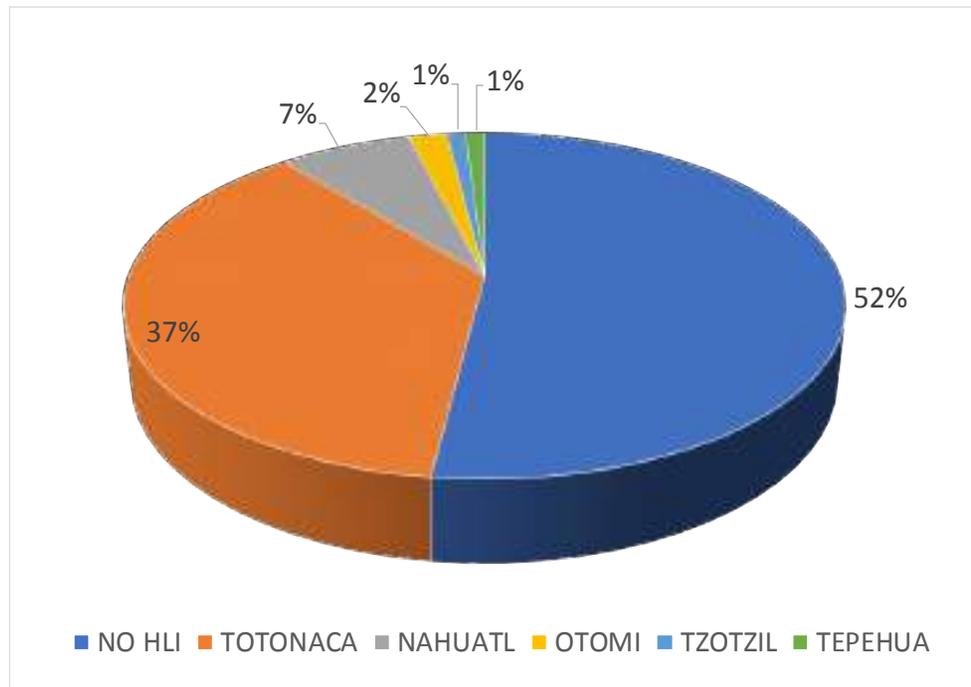


Gráfica 6. Edad de las parteras entrevistadas, Veracruz



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos recabados en campo, 2022

Gráfica 7. Porcentaje de parteras HLI entrevistadas, Veracruz



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos recabados en campo, 2022



Casi todas las parteras entrevistadas atienden partos en su comunidad y/u otras localidades circunvecinas. A veces hay poco transporte y los caminos rurales que recorren están muy accidentados; en ocasiones se trasladan a caballo o bien caminando por falta de vehículos y con tiempos de traslado hasta de cuatro horas. Algunas atienden más que otras, principalmente en regiones mayormente alejadas donde predominan las poblaciones indígenas y con menor acceso a los servicios de salud. En estas zonas, hay mayor atención prenatal, posnatal y obstétrica por parteras. La excepción parece ser en áreas cubiertas por el programa IMSS-Bienestar, donde las parteras en general no atienden partos. Hay otras parteras que solamente soban por ser mujeres grandes o porque las mujeres prefieren atenderse en los servicios de salud, a veces por presentar algún signo de alarma de posibles complicaciones durante el parto.

Muchas parteras, sobre todo las mayores, tienen padecimientos crónico-degenerativos como diabetes e hipertensión, enfermedades que algunas de ellas asocian directamente a las dificultades, lo laborioso y lo cansado que es su trabajo como parteras. Prácticamente ninguna cuenta con seguridad social, por lo que reciben la atención en los centros de salud de sus comunidades, aun si a veces requieren atención especializada y necesitan acudir a un nivel hospitalario, o requieren de estudios diagnósticos; lo cual siempre implica gastos de bolsillo importantes para ellas y sus familias. Algunas dejan que el padecimiento avance sin atención oportuna; con frecuencia no cuentan con dinero suficiente para poder atenderse. Algunas recurren a servicios médicos privados cuando llegan a necesitarlos, los cuales implican gastos significativos (se reportaron cifras superiores a los 25mil pesos), que son cubiertos por sus propios ahorros o por sus familiares cuando se cuenta con los recursos. Casi todas expresaron vocación de servir a las mujeres de sus localidades y cuando se enferman o ya no tienen fuerza para atender por ser muy mayores, lamentan no poder continuar con su labor de atender y acompañar en la maternidad a las mujeres.

2.2. Perfiles del personal salud entrevistado

El personal de salud entrevistado de los SSVER labora en distintos cargos y niveles, por lo que se lograron captar perspectivas diversas, desde la visión de las autoridades de salud estatal en salud materna y partería tradicional, pasando por los coordinadores de estos programas en las tres Jurisdicciones seleccionadas, así como a personal operativo, tanto médicos como personal de enfermería; además de un promotor de salud y un capacitador estatal (véase Cuadro 2).

Como se puede ver del cuadro, solo se logró entrevistar a un médico general y a una enfermera que laboran en el programa IMSS-Bienestar. La mayoría del personal entrevistado tiene entre 40 a 50 años aproximadamente; de los 20 prestadores sólo tres de ellos son hablantes del Otomí y el Totonaco; en los tres casos, ocupan cargos bajos en la jerarquía laboral los SSVER como promotores de salud y enfermeras. Estas personas cumplen un papel sumamente importante ya que muchas veces los servicios de salud no cuentan con traductores, a pesar de estar en regiones donde predominan estas lenguas. Este personal identifica a la lengua indígena como un atributo que conlleva discriminación, tanto hacia



Cuadro 2. Entrevistas a personal de salud, autoridades, estatales, Jurisdicciones Sanitarias y unidades de salud

Número personal entrevistado	Cargo o responsabilidad
1	Coordinadora Estatal de Salud Materna y Perinatal
1	Responsable Estatal de Intervenciones Comunitarias
3	Responsable del Departamento de Salud Reproductiva y Género de Jurisdicción
3	Responsable de Salud Materna y Perinatal de Jurisdicción
2	Responsable del Programa de Partería Tradicional de Jurisdicción
1	Facilitador, capacitador y certificador estatal de parteras tradicionales dentro de la Estrategia de parteras tradicionales
1	Encargada de salud materna del Hospital Comunitario
1	Médico de núcleo básico II y Consulta externa
2	Director de Centro de Salud
2	Enfermero (a) Centro de Salud
1	Promotor de Salud del Centro de Salud
1	Enfermera de UMR
1	Médico general de UMR
Total= 20	

Fuente: Elaboración propia, con datos del trabajo de campo, 2022.

las parteras y las mujeres, como también hacia ellos mismos, principalmente por parte de personal de salud que labora en el segundo nivel de atención o en jerarquías superiores:

...yo creo que sí, hay una discriminación, no sé si por su lengua por su vestimenta, pero hasta a uno lo discriminan [...] Sólo hasta que les dije que si así nos trataban a nosotros que yo trabajaba en el Centro de Salud, cómo tratarían a la población en general... Y solamente así nos cambiaron el tono de voz (PS61VER).

En general, se identifica que el personal de los SSVER tiene múltiples funciones y actividades durante la jornada laboral y se enfrenta a una sobrecarga de trabajo; el personal



médico en el primer nivel de atención atiende en la consulta todos los padecimientos de la población; entre ellos, la salud materna (control del embarazo, control del puerperio), las enfermedades crónico-degenerativas, las enfermedades transmisibles incluyendo a las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, el seguimiento a estudios epidemiológicos, además de supervisar o llevar a cabo las acciones de prevención y promoción de la salud a cargo de personal de enfermería y el papeleo de registro. Se identifica que hay un déficit de personal en los Centros de Salud (CS) y algunas parteras reportan que ha habido hasta más de dos años sin médico en los CS en la región de la Montaña y en la región Olmeca. La falta de personal médico es recurrente también en los hospitales.

2.3 Programas y estrategias estatales

Desde el nivel estatal se coordina el Programa de Salud Materna y Perinatal, así como el Programa de Partería Tradicional, los cuales se trabajan como tales en cada una de las jurisdicciones sanitarias del estado. Los programas de salud materna y de partería tradicional están articulados desde el primer nivel de atención donde, desde los centros de salud, se envían informes sobre la “productividad” de las parteras a la jurisdicción y ésta, a su vez, a las oficinas centrales de los SSVER y, de ahí, en particular, el CNEGSR.

Los CS adoptan los programas de la salud reproductiva, entre los cuales se destacan las estrategias de Madrinas obstétricas, Planeación familiar, Servicios amigables a adolescentes, y la detección y atención a la violencia de género, entre otros. Una estrategia que se ha implementado en Veracruz en salud materna y que merece ser mencionada es la de mantener comunicación constante con las parteras a través de grupos de WhatsApp donde están ellas mismas, el personal de los centros de salud, el personal de la jurisdicción a cargo de los programas de salud materna y partería tradicional y la Responsable Estatal de Intervenciones Comunitarias de los SSVER; con ello, las parteras pueden tener de alguna forma comunicación directa con el personal de salud a cargo y solicitar apoyo cuando se requiera.

El personal de salud aprovecha este recurso incluso gestionando citas en laboratorio a fin de eficientar tiempo y gastos a las mujeres embarazadas; también se utilizan los chats para solicitar referencias oportunas para las mujeres que enfrentan alguna complicación. Muchas veces el personal médico interviene por su iniciativa y con sus propios recursos, en apoyo a otros colegas y para cumplir con los requerimientos del INSABI para mujeres no derecho-habientes, pero no hay como tal una ruta marcada; se busca implementar estrategias en lo cotidiano para resolver problemas que se presentan en la atención a la salud materna, con parteras o más allá de las parteras.

Los SSVER no son tan restrictivos como en otros estados en cuanto a la atención de los partos en el primer nivel. Incluso, en algunos centros de salud los médicos atienden regularmente partos y algunos los han atendido en conjunto con una partera; sin embargo, se tiene la indicación por normatividad de que los partos de preferencia se refieran en la semana 30 a los hospitales para la resolución del nacimiento, más aún los considerados de alto riesgo.



Foto: Edgar Delgado

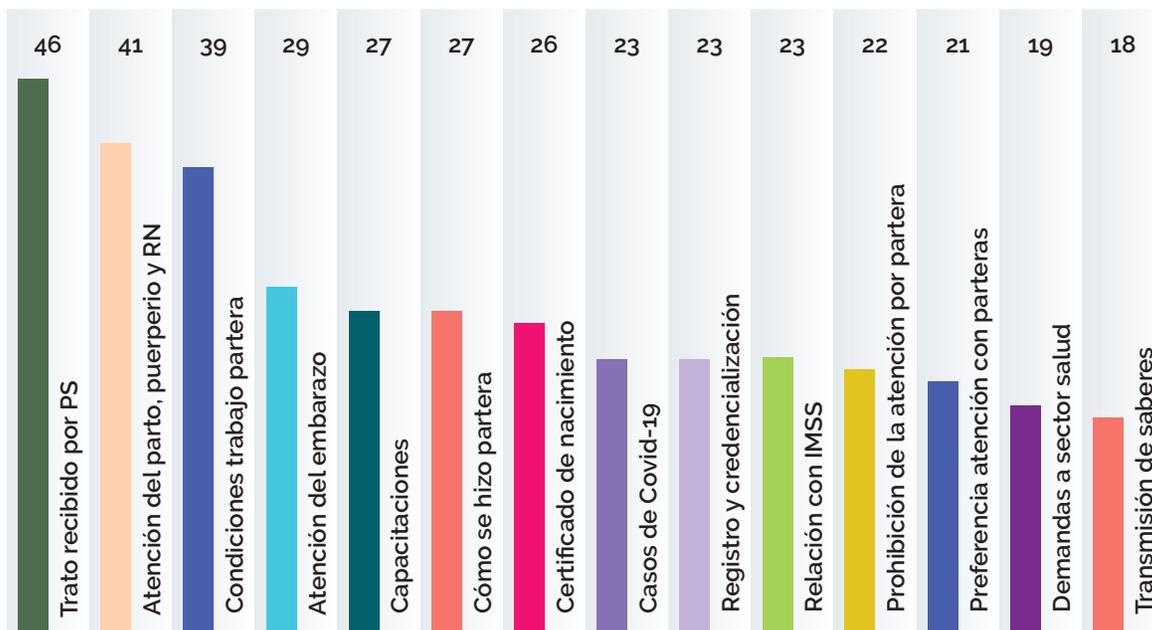


Foto: Aide Rodriguez Salauz

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

En el procesamiento de la información recabada en campo, se encontraron los siguientes códigos en el programa AtlasTi con la mayor concentración, lo cual da una idea del contenido de la información recabada en las entrevistas y de los temas de alguna manera prioritarios que surgieron en el proceso del trabajo de campo. La distribución fue la siguiente, tanto para partera, como para personal de salud (véase gráficas 8 y 9):

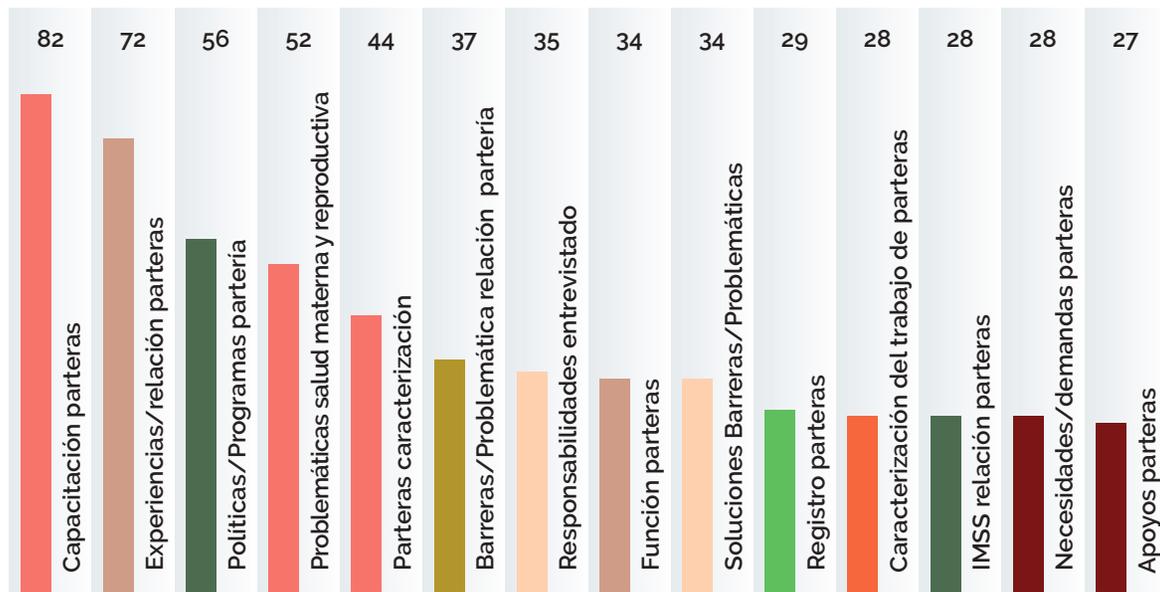
Gráfica 8. Códigos más recurrentes en el programa AtlasTi, entrevistas a parteras, Veracruz 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras



Gráfica 9. Códigos mas recurrentes en el programa AtlasTi, entrevistas a personal salud, Veracruz 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a personal de salud

3.1 Desde las parteras

Las parteras realizan un trabajo fundamental para la salud de las mujeres, los niños y la comunidad. Muchas veces las condiciones en las que tienen que realizar su labor no son tan favorables; tienen que caminar grandes distancias y los caminos en ocasiones, están muy accidentados o cerrados con derrumbes; en Filomeno Mata hay asentamientos en la montaña y la estructura del pueblo es muy complicada por la cantidad de escaleras empinadas para subir y bajar. En general los caminos complican llegar con las mujeres o a veces las parteras se accidentan.

Las parteras atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y puerperio. Durante el embarazo las soban (las "tallan") y van acompañando su proceso de gestación. Durante el parto, ellas respetan la decisión de las mujeres de cómo parir:

...Y en el rancho hay costumbres que uno se adapta a lo que la paciente está cómoda, y si la paciente dice "yo, acostada", nosotros nos acomodamos. Y si ella dice "yo, parada", nosotros nos adaptamos. Si dice "hincada", órale. Nosotros, a como la paciente se sienta cómoda y en confianza (115VER. Entrevista Colectiva).

En el puerperio se tiene la costumbre que la partera acuda todos los días a revisar al bebé y a la madre, los baña, y les lava la ropa; es decir, que tiene una carga de trabajo significativa aún en esta etapa; es cuidadora y aliada de la mujer y su familia.



Las parteras indican que el personal de salud no las restringe con sus prácticas de atención en el embarazo; es decir, existe una aceptación por las sobadas o "talladas". Sin embargo, se identifica que entre las parteras se ha introyectado mucho el pensamiento biomédico, con la concepción del riesgo inherente durante el embarazo y el parto:

"A todas sí las he atendido, pero si veo que hay una de alto riesgo la voy a mandar al hospital" (107 VER).

Algunas mujeres en ocasiones no llegan a pagarles su trabajo, en otras ocasiones van pagando conforme a las posibilidades muy limitadas de ellas y sus familias. Otras mujeres solo se soban con ellas porque no pueden pagar a la partera y van a los hospitales porque son gratuitos. En la región Olmeca, con la apertura del Hospital de la Comunidad de Las Choapas "Dr. Pedro Coronel Pérez", las parteras identifican una disminución en la atención con ellas:

...A mi me dicen "me voy a tallar, manita. Pero no me voy a atender contigo, porque ¿Cuánto cobras?" "No pues, tanto". "No, mejor me voy al Coronel que no me cobra nada" (107VER).

...Mire, les voy a ser franca desde que entró aquí el...el Coronel o sea el Hospital mire yo hasta veía hasta dos o tres veces a la semana veía yo partos, pero desde que entró el Hospital [...] ¡UUhhh! Al menos orita tengo tres, cuatro años que no, no veo parto. Veo, pero el de mi nuera que se alivió hace poco y es lo único, pero de ahí en fuera no. Eso sí llegan muchas a tallarse [...] Porque no les cobran, es lo que buscan ellas (107 VER).

Es así como la política de gratuidad del parto hospitalario tiene el efecto colateral de desincentivar el uso de la partería tradicional por parte de las mujeres.

Las parteras tienen diversos gastos, la mayoría de los materiales los tienen que pagar, cuando llegan a tener un vehículo tienen que prever que siempre tenga gasolina, o buscar alguien que la pueda trasladar (en taxi) al hospital cuando se presenta alguna complicación, porque ellas son las responsables de las mujeres; algunas se quedan con ellas hasta que salen del hospital. Algunas veces cuando llegan a tener, la SSVER les dan algunos materiales como perilla, tijera, pinzas, guantes, jabón, guantes; con la pandemia ellas asumieron los costos de los materiales para protegerse.

Al acudir a las capacitaciones, ellas tienen que pagar sus pasajes y su comida, a veces tienen que pedir dinero prestado porque tienen que acudir, ya que hay personal de salud que les dice que mejor se den de baja, si no pueden acudir:

P1: ...ni para pasaje

P2: Nos tienen que prestar dinero; nosotros tenemos que buscar

P6: Si no, nos regaña nuestra enfermera

P3: ¡Ah sí! Si no viene uno, sí



E: *¿Si no vienen a estas capacitaciones las regañan?*

Todas: *Sí, sí*

P3: *Que nos demos de baja, mejor dicen*

P4: *Sí, que nos dan de baja*

P5: *De Pueblo Viejo estamos lejitos y tenemos que pagar quien nos lleve porque no hay carro. Todo está lejos, los motociclistas nos llevan, nos cobran \$200. Y tenemos que sacar de la bolsa (115VER).*

3.1.1 Transmisión de saberes

Se encontró que se está perdiendo la transmisión de saberes a nivel intergeneracional en Veracruz. En general en el estado 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 a “el Don” a través de los sueños; aunque esto no es indispensable, ya que se puede aprender si se quiere.

Las razones de que hay poca transmisión de estos saberes tiene que ver con la responsabilidad que implica 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. Otra razón que se menciona del porqué las nuevas generaciones no están interesadas en aprender la partería tiene que ver con 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. Además, hay zonas que se han vuelto inseguras por la creciente presencia y control del crimen organizado. 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).

También se considera que no se trata de un trabajo que cualquier persona pueda hacer, porque se ve sangre y hay dolor y algunas hijas o nietas de parteras sufren de asco o vómito o, de plano, se desmayan.

En particular, en la región totonaca se considera que la partería se inicia después de los 40 años, ya que las mujeres hayan pasado la crianza de sus hijos y la vida sexual activa con los maridos haya disminuido; a algunas mujeres les incomoda que sus parteras tengan actividad sexual.

Finalmente otro motivo por el cual no se está aprendiendo el oficio de las parteras mayores tiene que ver con que, además de lo laborioso que es el ser partera, no se recibe una buena compensación económica y ha habido un proceso de desvalorización del trabajo a nivel comunitario, por las mismas mujeres y por el personal de salud.



Se considera de suma importancia que continúe la reproducción de saberes para la atención de las mujeres. Las pocas mujeres aprendices que se encontraron tienden a ser familiares jóvenes con una edad que varía entre los 15 y los 26 años.

3.1.2 Procesos organizativos

No se encontraron organizaciones propias de parteras en Veracruz. Las parteras trabajan de manera individual, aun si en las localidades se conocen y a veces pueden cooperar entre sí. La tendencia a aglutinarse se da en las capacitaciones convocadas por las jurisdicciones. Varias parteras expresaron que les gustaría poderse organizar y que le ven ventajas:

E: ¿y allá donde usted vive haya alguna red de parteras organizadas?

No, no hay.

E: ¿le gustaría que hubiera algo así?

Ay, qué bueno fuera que nos uniéramos como parteras. Sí sería bonito tener comunicación con gente de otro lado (100VER).

Eso de organizaciones no, no estamos en una organización.

E: ¿Usted considera que sería bueno pertenecer a una red de parteras y parteros?

Yo pienso que sí, bueno el beneficio, a lo mejor, para tener más como le diré comunicaciones, conocidos, amigos como parteros y parteras y, a veces, en cualquier momento, cualquier cosa de allí nos apoyamos, no pues sí que sucede esto y así nos dicen hay que darles hierbitas no sé, medicina. Entonces si me conviene que haya más comunicaciones (85VER).

[Estar organizadas] Pues sí [tiene ventaja], porque habrá más comunicación entre una u otra. Lo que no sepa una, lo sabe la otra.

Pues a trabajar mejor, a llevar más orientación, más cosas. Que hay algunas que saben otras cosas, que hay algunas que saben otras, sí (112VER; entrevista colectiva).

En comparación con otros estados, donde sí, hay organizaciones de parteras tradicionales indígenas, algunas ya con una amplia trayectoria, en Veracruz la ausencia de procesos organizativos coloca a las parteras de esta entidad federativa en una posición de desventaja. Se pudo por ejemplo constatar que, entre la gran mayoría de las parteras entrevistadas, hay una mayor tendencia a aceptar y no cuestionar las relaciones de hegemonía-subordinación que se establecen desde el sector salud hacia ellas. Tampoco hay una consciencia entre ellas de que el ejercicio de la partería indígena es un derecho, así como lo es que las mujeres puedan elegir libremente con quienes atenderse. Esto conlleva a que las parteras entrevistadas tengan menores posibilidades de defender su oficio, demandar un trato más respetuoso por parte de todo el personal de salud con quienes se interrelacionan, incluyendo en los hospitales, y una mayor introyección de las concepciones biomédicas alrededor del embarazo y el nacimiento.



3.1.3 Atención durante la pandemia

Al igual que en otras entidades federativas, en Veracruz prácticamente todas las parteras reportaron que, durante la pandemia, aumentó el volumen de partos atendidos por ellas. Se mencionaron diferentes razones al respecto: que las mujeres no querían ir a los hospitales por el miedo a contagiarse de la COVID-19; que los hospitales se habían convertido a hospitales COVID, y ya no atendían a mujeres embarazadas y las rechazaban; y finalmente, que las mujeres embarazadas se encontraban en mayor riesgo de enfermarse de manera grave si se contagiaban, por lo que no convenía que se acercaran a los hospitales:

Atendí más partos porque... a veces, ellas solitas bajan allá en el hospital, pero de allá las regresan porque no las atienden porque dicen ellos que atienden más del Covid. En ese tiempo cuando estaba fuerte, atendían más del Covid y ya no atendían partos, entonces las regresaban y llegaban ahí con nosotras... [Las mujeres] tenían miedo porque dicen que se puede contagiar allá, pues atendimos más partos aquí que en otros meses (078VER).

Sí hubo muchos partos... Pues el miedo del virus en los hospitales y como los hospitales estaban como muy saturados de enfermos de COVID. Luego diciendo que como embarazada las defensas son más bajas. 'Tonces, estaban cómo más propensas a padecerlo. Y, luego decían, ¿no? Que ya los bebés nacían con el COVID. Yo fui una de ellas porque mi bebé nació en el 2020. Yo dije: "no al hospital, no voy". Y le decía yo a mi esposo, pues sí tú me llevas, me vas a llevar inconsciente (risas) (084VER).

Muchas mujeres no se querían atender porque decían que en el hospital se iban a contagiar y ya sólo iban a salir las cenizas (115VER).

Algunas parteras mencionaron haberse enfermado de COVID y, aun así, las mujeres seguían buscándolas, porque había mucha necesidad de atención en sus comunidades:

E. Y durante la pandemia ahora de COVID, ¿usted atendió más mujeres?

Sí, pero antes que me diera el COVID.

E. O sea, ¿cuándo ya le dio COVID ya no atendió [después] ?

No, mientras que me compuse porque me perseguían, llegaban cuando estaba yo bien mal, pero le decía "no puedo atenderlas"... Nada más en lo que estuve enferma, después nomás supieron que ya salía afuera y que ya andaba yo. Dicen: "Te estamos esperando, la estamos esperando a usted [para que nos atienda]" (082VER).

En varios casos se reportó que hubo muchos fallecimientos por COVID en sus comunidades, incluyendo en sus propias familias:

Mi papá falleció por esa enfermedad, tenía un hermano falleció, una cuñada que tenía falleció. Si fallecieron muchos. Como unos 50 fallecieron... {De mi familia} Unos tíos,



mis primos, mi cuñado, mi hermana, mi papá fallecieron y otros que no son familia fallecieron (79VER).

La mayoría de las parteras siguió atendiendo durante la pandemia, incluyendo a mujeres enfermas:

I: Pues dicen que sí le preocupaba pero que pues aquí que pues ellas siempre trataron de atender a sus embarazadas y que sí les preocupaba porque a veces las enviaban y se enteraban que había personas enfermas en el hospital (110VER).

Yo sí atendí a dos embarazadas con COVID que ya no podían respirar y eso y me dijeron que no querían ir al hospital, entonces les hice medicina de plantas y gracias a dios y empezaron a respirar (115VER).

Sí, las atiendo, las curo así, aunque haya enfermedad (079VER).

En muchos casos, iniciaron a usar equipo de protección como cubrebocas, o a desinfectar el espacio donde llegaban las mujeres para dar a luz. Generalmente, estos materiales los compraban con sus propios recursos, aun si a veces el centro de salud y/o la jurisdicción les proveían de estos insumos:

Y siempre pues mi cuarto estaba bien desinfectado mucho alcohol. Le decía yo a mis hijos: "Tráiganme unos cuatro litros de alcohol".

¿Cómo me protegía? Poniéndome un cubrebocas. Sí, yo los compraba. No les pedí al centro de salud, yo me compraba mis cubrebocas y a veces, luego no llevaban y les decía yo: "Tomen un cubrebocas" (082VER).

¿Cambió la forma en cómo ustedes estuvieron atendiendo las mujeres?

E1 Sí, pues tuvimos que usar cubrebocas.

E2 Sí, pues comenzamos a usar guantes.

E3 Ahora hasta lentes te dan que te pongas

E4 Antes del Covid no se utilizaba cubrebocas, ya después del Covid entonces ya llegó una hora que cubreboca, hasta gorro, lentes.

Sí, porque ya te lo da el Centro de Salud, bueno allá nosotros la enfermera nos lo da (107VER, entrevista colectiva).

En algunos casos, hubo parteras que después de enfermarse, decidieron que ya no iban a atender a mujeres embarazadas enfermas, porque el riesgo era demasiado grande:

Venían y venían, porque no querían ir a los médicos, pero atendí como cuatro mujeres y nada más porque era muy riesgoso por lo del COVID, a veces venían con harta fiebre Yo les decía: "no, váyanse al médico". No querían ir con los médicos, porque tenían mucho miedo y atendí a muchas ahí, pero ya después vi y dije que no, porque yo también me voy a enfermar y mejor que se vayan al doctor (100VER).



Finalmente, una de las dos parteras autónomas entrevistadas, vinculó directamente la pandemia y el aumento de la atención de los partos, con una mayor demanda por parte de las mujeres debido a una recuperación de confianza de ellas hacia la partería, aun si ésta puede haber sido temporal:

Pues, ahorita lo que nos ha ayudado a que la gente ya, que las mujeres vuelvan a creer en la partería, es que vino la pandemia y aumentaron la cantidad de partos atendidos por parteras (116VER).

3.1.4 La relación con el Sector Salud

La mayoría de las parteras entrevistadas afirma tener una buena relación con los SSVER, sobre todo con el personal que labora en los centros de salud y con el personal jurisdiccional que coordina los programas de salud materna y de partería tradicional. Con la jurisdicción, se reconoce lo importante que ha sido la red de Whatsapp que se estableció por iniciativa de las doctoras a cargo de los programas:

A mí me gusta la red a la que me integré porque tenemos un grupo de WhatsApp y a veces yo estoy con la doctora ... y la doctora ..., y son muy buenas, son muy amables. Y un paciente que yo tenga, le escribo a la doctora: "Doc, mira mi paciente siente esto, y le pregunto qué medicamento me sugiere que le de y ella me contesta, y gracias a Dios sí, ha funcionado bien esta red (115VER, entrevista colectiva).

En particular, las parteras aprecian el apoyo que el personal les proporciona en casos de complicaciones, cuando les apoyan con materiales, cuando necesitan asesoría médica con las mujeres y/o los recién nacidos o cuando ellas saben que las necesitan referir al hospital:

Sí, los médicos que hemos estado comunicando con ellos, yo los llamo -¿qué hago con esto? -Ellos me orientan que hago o dónde los llevo o los bajo [al centro de salud]. Bueno, la ventaja, me sirve mucho porque con la Secretaría de Salud ellos, por ejemplo, si yo bajo una paciente para que la atiendan y que la chequen, pues ellos me orientan también que hago, dónde bajo, si aquí no hay médico o no hay suficiente material llevarlo a[l hospital de] Río Blanco. Me orientan qué hacer y sí me ayuda mucho. Por ejemplo, una vez un bebé que nació y que tardó, pues [la señora] no se dio cuenta de que se reventó la fuente una noche antes... y el bebé como que ya se estaba pasando la hora, nació moradito y sin ganas de llorar. Entonces, yo lo traje [al centro de salud] y los médicos me apoyaron, lo reanimaron, me apoyaron mucho con ese bebé y se logró (078VER).

Con el [personal] del CESSA, sí [tengo buena relación]. Pues no, gracias a Dios no, yo veo que así está bien, hemos recibido apoyo de los doctores de aquí, sí, nos han apoyado mucho (085VER).



Qué ventajas hay de llevarse bien con ellos?

Que luego me hacen falta gasas, me hace falta algodón, me hace falta desparasitantes, me hace falta tela adhesiva o me hace falta -cómo se llama -, Isodine.. Ellos me dan (085VER).

La entrega de equipo e insumos no es constante, sin embargo; por lo que a veces las parteras tienen que comprar materiales o nos reciben suficiente cantidad cuando lo necesitan:

E: El centro de salud: ¿le apoya a usted con algo?

-Solamente cuando vamos a los cursos...La última vez me dieron una garrafa de jabón [líquido], guantes y me dieron cinta umbilical, un paquete de gasas (2023VER)

Si al municipio ahí está el otro centro de salud y yo ahí bajo a entregar lo que es mi información, y cuando llegan a tener una solución, unas gasitas un poquito de jabón quirúrgico pues lo apoyan a uno. Y cuando no, bueno... Pero en mi caso, lo que es soluciones, todo eso lo compro yo, en mi casa siempre tengo la solución Hartman y la solución glucosa (115VER).

No en todos los casos o con todos los centros de salud, la relación con el personal de salud de primer nivel es buena. Hay parteras que reportaron tensiones con el personal médico del centro de salud de su comunidad o de otras localidades donde ellas llegan a atender a mujeres embarazadas. Las tensiones se dan principalmente con el personal que insiste que todos los partos se deben de atender en el hospital y que las parteras ya dejen de atender partos porque es peligroso:

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 a[lhospital de] Río Blanco.

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).

Otra partera del mismo grupo, aclara que:

A mí a veces una doctora no me reconoce como partera y me dice que no soy parte de la red de parteras, y me dice que ya deje de atender. Pero sólo es una la que me dice eso. Las demás doctoras sí me reconocen, a parte [de] que yo sigo viniendo a las giras, a los cursos como ahorita (115VER entrevista colectiva).

Cabe mencionar que en sus narrativas, estas y otras parteras han interiorizado y aceptado, el discurso derivado de la perspectiva del riesgo, la cual es hegemónica en el sistema institucional de salud:



Pues yo creo que ahorita ya no, Yo les digo: "vete al médico porque ahorita ya no estamos en los tiempos de antes, ahorita ya en médico". Yo ahorita mandé a otra que tenía y que se alivia este mes de octubre, se vino a checar, pero ya le dije que se vaya, le dije que mejor se vaya a aliviar con el médico.

E: ¿pero por qué las manda al hospital?

Pues, porque me da miedito que se vaya complicar, y yo no soy médico, y los médicos nos dicen que las mandemos para allá, si se complica (10OVER).

Esta aceptación es también resultado de presiones que algunas han recibido en los centros de salud de adscripción:

Porque la enfermera me dice: "manda para acá porque, si se complica nosotros no te vamos a ayudar. Y ya verás tú como le haces porque aquí, no te vamos a ayudar" (10OVER).

Algunas, sin embargo, aclaran que su vocación de servicio y compromiso con las mujeres no les permite no atender cuando las mujeres las buscan, sobre todo cuando el parto es cercano y no hay forma de trasladarlas:

E: Y atiende partos actualmente?

Sí, cuando, cuando viene sin riesgo sí, aunque nos regaña la doctora ya no quiere que atendamos, pero si llega un parto momentáneo a las puertas de la casa ¿Cómo voy a cruzar las manos y la voy a ver que muera? No tengo valor, mejor meto las manos al fuego y a ver qué tal... (115VER entrevista colectiva).

Las parteras sienten que adquieren legitimidad al estar registradas en los SSVER y el asistir a las capacitaciones. En esta misma zona, esas parteras reportaron también problemas de haberse encontrado con personal médico que considera que ellas solo deben de atender en sus propias localidades y en el área de cobertura del centro de salud donde están adscritas, obstaculizando por lo tanto a que las parteras puedan moverse a donde ellas quieran y a donde las mujeres les soliciten sus servicios:

Entonces ahí tuve un poquito de problemas porque me llegó a amenazar la doctora que me ando metiendo donde yo no debo y que, si la comunidad es suya. Pero la comunidad es suya porque, ella ni vive allí, como dijéramos manda en su centro de salud. Y dice que no, que me ando metiendo, que eso no me pertenece y que es su comunidad (115VER entrevista colectiva).

En algunos casos, las parteras reportan haber establecido una relación de mucha cooperación, confianza y apoyo con el personal médico que atiende en el centro de salud al cual ellas reportan; una relación que ellas aprecian por el buen trato y por lo que aprenden de los médicos. Estas relaciones se transforman, porque se construyen con el tiempo, no siempre perduran y/o a veces logran mejorar o empeorar porque el personal cambia:



Todo eso nos dijo el doctor que debemos de checar el tiempo en que va a nacer, cuántas horas, cuántos minutos. Todo eso... Yo agradezco mucho mi doctor que yo tenía, aquí estaba nuestro doctor; el doctor Irán, él nos enseñaba (100VER).

La verdad, estaba una doctora le digo que sí me regañaba, pero ahorita ya no está. ...Ahorita los médicos que están, siempre me han tratado bien gracias a Dios y les agradezco mucho el apoyo que nos han dado. La verdad me han apoyado mucho, no puedo decir cosas más porque sí nos echan la mano, nos orientan, nos animan como sacar a mis pacientes, a veces, tengo una duda yo les pregunto y sí me orientan me dicen en dónde está mal y en dónde está bien (078VER).

También hay consciencia del apoyo que el personal médico de los centros de salud es limitado por el horario de la clínica, por lo que si surge algo en la noche o fuera de horario, las parteras deben referir directamente al hospital:

No, por ejemplo, cuando a veces una mujer agarra en la noche, ellos no están aquí. Entonces, nada más ella se va al hospital. Entonces, no pueden ayudar, si ellos nada más trabajan como hoy. Pero en la noche, no. Cómo a las tres ya se va (083VER).

Las parteras reportan que saben reconocer las complicaciones y cuando éstas surgen; en general, todas las que están afiliadas a los SSVER tienen muy claro que deben de referir a las mujeres al hospital:

Y dice ella que por ejemplo para ella cuando le digan que tiene preeclampsia o presión alta, no la atiende porque dice que sabe muy bien que si se pone mala pues la tienen que llevar al hospital, eso fue lo que dijo ella (110VER Entrevista colectiva con traductora.)

Algunas las acompañan directamente:

Hay unas señoras que... hay que mandarlas al hospital, hay que canalizarlas o referirlas a la Clínica en la Secretaría de Salud o al hospital porque yo sí las he llevado directamente al hospital. Cuando están más graves, más complicadas hay que llevarlas al hospital.

E: ¿Cómo sabe que son más graves?

Porque algunas señoras son amenaza de aborto, sangran mucho, tienen calentura, presión alta o alguna complicación que una detecta grave se van directamente al hospital (078VER).

Sin embargo, mencionan que cuando van a los hospitales, el trato tiende a ser mucho más distante porque no las conocen o no las reconocen. Normalmente, el personal hospitalario no las deja entrar con sus mujeres, les transmite y refleja una imagen muy negativa de lo que es la atención de las parteras, y a veces de plano las maltrata y hasta discrimina:



[En el hospital de Entabladero] se molestan porque lo primero que hacen es preguntarle si no les dieron nada. O si ya les hicieron muchas veces el tacto.. Pos, la regañan... a las mujeres y a ellas [las parteras] (110VER, entrevista colectiva).

Nos dicen [que no podemos entrar], aquí nada más entra el paciente y el familiar (115VER, entrevista colectiva).

E: ¿Cuándo llegan al hospital?

No podemos aplicar inyección, no debemos...

¡Es lo que dicen ellos!

Que no debemos de manosearlas, pues porque si vas con partera ya está este "manoseada", ya "maltratada". Entonces regaña el médico y eso es lo que [a] nosotras nos dicen que no debemos hacer un tacto (107VER, entrevista colectiva)

Una partera identificó claramente una situación de doble estándar, donde las parteras deben de rendir cuenta cuando algo sale mal (como por ejemplo, con un mortinato) mientras que en un hospital no dan explicaciones y no hay supervisión al respecto:

[cuando se muere un bebé], empiezan a investigar más a la partera. ¡Ajá! ¿Qué fue lo que pasó? ¿Por qué el bebé nació mal? ¿Por qué... Cómo nació el bebé? varias cosas que le van preguntando... Pero cuando este otro en el hospital pasa así, ya no le dicen nada, ya si tu te fuiste a aliviar ahí, nació tu bebé muerto ya te dan, te vienes así nada más, ni siquiera te van a dar explicaciones (086VER).

Finalmente, de las 14 parteras 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 siete 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)

E: ¿Por qué no atienden partos?

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).

Porque la institución, más que dar estrategias, prohíbe (116VER).

Cabe mencionar que el personal de los SSVER que atiende en zonas limítrofes a las áreas de cobertura del IMSS-Bienestar, habla abiertamente de que a las parteras adscritas a esa institución, se les haya prohibido atender:

El IMSS-Bienestar les prohibió definitivamente atender partos, pueden atender a las embarazadas pero tanto como atender el parto no, entonces ellas se sentían como relegadas y al retomar nuevamente [nosotros de los SSVER] las capacitaciones con las parteras [las invitamos]. Sí, pues han estado ¡Muy contentas! (PS19VER).

Sin embargo, aun dentro de las áreas de cobertura del IMSS-Bienestar, hay parteras que reportan tener una muy buena relación con personal médico que, al parecer, las trata bien, las deja pasar y acompañar a las mujeres durante el parto y hasta reconoce que las parteras saben más que ellos, en primer nivel:

Sí, me dijeron que, si quería entrar, me dijeron. Nos ha dicho el promotor que cuando lleguemos con una embarazada y es una emergencia que podemos entrar con ella al quirófano a atender el parto conjuntamente con el doctor del quirófano.

Como en mi comunidad el doctor, él nos tiene mucha confianza, tanto a mi mamá le tenía mucha confianza como a mí. Él cualquier emergencia rápido nos va a traer en su carro y rápido a la clínica por alguna emergencia. O sea, él se apoya con nosotras y nosotras nos apoyamos con él.

E1. ¿Y los médicos necesitan de las parteras?

¡Claro que sí! Porque dicen que sabemos, nosotros sabemos más que ellos. Así dicen, así nos dicen (112VERColectiva IMSS).

Lo que sí, se reconoce es que el IMSS-Bienestar ofrece un pequeño apoyo cada dos meses, para las parteras, aun si hay discrepancias sobre la cantidad precisa:

A veces nomás \$1500, a veces \$3000, a veces \$2000 mil, \$500 cada dos meses (112VER entrevista colectiva).

3.2 Desde el personal de salud

3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional

Se encontró que la mayoría de los prestadores de salud entrevistados caracterizan a las parteras tradicionales como personas con una gran vocación de servicio que se dedican a la atención prenatal, obstétrica y del puerperio, aun si se reconoce que algunas solo son



sobadoras. Las parteras son vistas como “servidoras de la comunidad” encargadas de la salud de las embarazadas. El personal de salud considera que las mujeres buscan a las parteras “por costumbre”. A pesar de que el sector salud busca que las mujeres se atiendan en las instituciones de salud, ellas prefieren a las parteras porque “son sus principales cuidadoras de salud”(PS22VER). Reconocen que primero acuden con ellas y luego van a los servicios de salud, porque les tienen más confianza a ellas en los espacios de las comunidades. En general, consideran que ellas tienen conocimientos importantes, entre ellos el conocer la posición del bebé y poder acomodarlo.

La mayoría comparte una representación uniforme y algo romantizada de las parteras, sin hacer distinciones entre ellas; una imagen que se transmite hacia fuera y que está construida sobre una “otredad” estereotipada sobre la base del género y el ser indígena, centrada en lo servicial, el altruismo, la bondad y la nobleza. Se considera que las parteras son mujeres nobles, con gran espíritu de servicio dispuestas a aprender y ayudar, que tienen mucha disposición, con ganas de trabajar, son muy participativas porque siempre que se les convoca ellas acuden, son amables, cordiales, generan confianza y cuidan a las mujeres en sus hogares. Se piensa que son maestras sabias que han aprendido por tradición familiar, que saben escuchar, que son empáticas y que, antes de actuar, primero toman en cuenta el bienestar y las necesidades de sus pacientes. Las parteras son muy:

agradecidas con el ser de allá arriba, ellas consideran que les han dado un don que es una bendición y que ellas tienen que compartir esa bendición”(PS52VER).

Reconocen que es una práctica tradicional que se transmite de manera intergeneracional, la mayoría de ellas aprende joven porque sus abuelas, tías, hermanas, mamás, han sido parteras y les enseñan. Consideran que son mujeres valientes:

Es que ustedes son “ovariudas”, ustedes tienen las naguas bien puestas”. Y es parte del aprenderles, porque ellas luchan con un estereotipo, luchan con un clasismo, luchan con una situación sociocultural diferente, luchan con el machismo. Entonces son mujeres también que son luchadoras de nacimiento [...] Son mujeres inteligentes, son mujeres “demasiadísimo” inteligentes, son mujeres poderosas porque no sabes lo que puede hacer una partera en su localidad (PS52VER).

Se reconoce que son expertas en la atención del parto, que muchas veces llegan a tener muchísima más práctica que el personal de salud del primer nivel de atención y que:

“a veces acomodan el bebé, otras veces hasta se avientan partos que nosotros les decimos que no deben de atender” (PS40VER).

Se menciona que las parteras, además de atender a las mujeres en el proceso reproductivo, curan otros padecimientos utilizando plantas por ejemplo para atender la caída de la mollera, soban, curan de empacho, etcétera.



El personal de salud entrevistado tiende a pensar en las parteras de manera uniforme como personas de muy bajos recursos, grandes de edad, que la mayoría no sabe leer y escribir y habla una lengua indígena. En la región de la Montaña en Orizaba el personal de salud reconoce que en realidad las parteras son muy diversas entre sí, por lo que no habría que hacer generalización homogeneizantes, ya que algunas:

"todavía visten su indumentaria regional, otras más modernas que hasta usan tacones"
(PS19VER).

Identifican zonas con mayor presencia de parteras en algunas regiones como la Montaña, la Huasteca, la región totonaca y los Olmecas. Se reconoce que dentro de estas hay poblados con mayor presencia de parteras, mientras que en otros lugares éstas han ido desapareciendo.

El personal de salud identifica a unas parteras como más activas que otras, y que la mayoría de los partos que ellas atienden son partos que no presentan complicaciones. Sin embargo, algunos consideran que en realidad son las parteras quienes determinan quién es atendida por ellas y quién no. Para ello los SSVER implementan capacitaciones para enfatizar los signos de alarma, porque en ocasiones:

"hacen exploraciones que inflaman la vulva, entonces eso le dificulta pues al médico a hacer su trabajo" (PS39VER).

Se detectó que esta representación objetiva es más común entre personal que no ha trabajado de manera cercana a las parteras. Por otro lado, hubo personal de salud que externalizó que cuando llega a haber complicaciones con los partos es porque las mismas mujeres no quieren salir de su comunidad en lugar de acudir a los servicios de salud. Este es personal que lleva más acercamiento con las parteras y tiene más tiempo de conocerlas:

La verdad en lo que es su trabajo, es muy difícil que a una partera se le complique un parto o que alguna paciente en el puerperio se le complique... No, ellas inmediatamente identifican las señales de alarma (PS49VER).

También algunos identifican que a las parteras les gusta reunirse y compartir desde los alimentos hasta sus experiencias y sus saberes, como durante las capacitaciones.

El personal de salud tiende a considerar a las parteras como parte del personal comunitario afiliado a los centros de salud, aunque ellas no cuentan con un salario y no reciban apoyo por parte de la Secretaría. Se comenta que algunas veces se les da material: jabón quirúrgico, gasas, Isodine, algunas veces les han dado estetoscopio, baumanómetro, pinars para escuchar el foco fetal; principalmente, cuando salen a las capacitaciones de la Jurisdicción o del nivel central.



Foto: Aide Rodríguez Salauz



Foto: Aide Rodríguez Salauz



Foto: Edgar Delgado



Foto: Edgar Delgado

3.2.2 Funciones de las parteras y relación que se establece con ellas

Los centros de salud son el vínculo y el contacto más cercano con las parteras. El personal que labora en ellos, las conoce; incluso, llega a establecer relaciones estrechas y de apoyo. Desde las perspectivas del personal, al establecerse un trabajo colaborativo en la atención a la salud materna, las parteras adquieren funciones y obligaciones ante el sistema institucional de salud.

Dentro de sus obligaciones, tienen que entregar un reporte de las actividades que realizaron durante el mes; es decir, si y cuántas embarazadas valoraron, si les dieron masaje o acomodaron al bebé, y/o si y cuántos partos atendieron o cuántas atenciones otorgaron durante el puerperio y a los recién nacidos:

“Esa productividad la van registrando, la entregan al centro de salud y el centro de salud la reporta mensualmente” (PS19VER) a la jurisdicción.



Se aprovecha la visita mensual de la partera al centro de salud para recibir su entrega de la información de las atenciones que ella ha realizado, para darle una capacitación breve que, generalmente, consiste en reforzar sus conocimientos alrededor de los signos de alarma:

... te das cuenta cuando una persona te lo agradece de corazón y eso es lo que he visto en ellas. Yo respeto a todas las personas, pero a ellas como he tenido más contacto las he apreciado un poco más y como nos estamos reuniendo cada mes [...] lo único que me queda es sentir esa confianza que me tenían o que me tienen; y la otra, el agradecimiento (PS22VER).

Según el personal de salud entrevistado, las parteras tienen la obligación de acudir también a las capacitaciones a las que convoca el personal de la Jurisdicción (aproximadamente cada tres meses) y a las convocadas desde la responsable estatal del Programa de Intervenciones Comunitarias, las cuales son aún más espaciadas en el tiempo.

El personal entrevistado de la Jurisdicción XI de Coatzacoalcos, considera que las funciones de las parteras son darle seguimiento a las embarazadas, atender el parto y dar acompañamiento a las mujeres. En la región de la Montaña se menciona que ellas:

...son la primera línea de contacto con las embarazadas, muchas embarazadas que no quieren llevar control prenatal. Nos avisa la partera "oye, fulanita de tal está embarazada". Y ya la buscamos de manera proactiva para que venga a control. Nos sirven mucho para poder hacer enlace con las embarazadas de alto riesgo que viven en zonas alejadas. Entonces, ellas siempre las buscan, siempre les dan sus vueltas cuando ven algo que no esté bien, entonces, procuran que vengan aquí al CESSA, incluso las traen (PS15VER).

Algunos plantean que las parteras son "sus ojos en la comunidad" y buscan que ellas les tengan confianza para comentarles cuando se les presente cualquier problema. Se considera que las parteras ayudan muchísimo a contactar a las mujeres que no quieren acudir a los servicios de salud. Se menciona que cuando acompañan al médico en una visita domiciliaria, ellas hacen la gestión para entrar en el domicilio. Los testimonios anteriores aluden a una relación donde finalmente, el personal de salud aspira a utilizar las parteras para alcanzar sus propias metas de programa en el nivel comunitario, además de verlas sí, como figuras aliadas, pero en una posición subordinada y tutelada por el personal de salud.

Hay personal que de manera explícita declara que la finalidad última de dicha relación es el poder controlarlas para, a través de ellas, poder controlar también a las mujeres embarazadas:

[las tratamos] con mucho apapacho, como lo que queremos es tenerlas cautivas" (PS19VER).



La declaración anterior es preocupante porque revela una actitud de falta de respeto hacia el trabajo y la autonomía de las parteras y una intención de manipulación. Aun si se trata de una de las opiniones más extremas entre el personal de salud entrevistado, es indicativa de una tendencia que está presente en el sistema institucional de salud.

En varios casos, el personal de salud expresa por otro lado, franca admiración por el trabajo que las parteras realizan en su comunidades. Encontramos que hay personal médico o de enfermería que genuinamente disfruta trabajar con las parteras y se encarga a que ellas puedan acceder a información, formatos y referencias que de ninguna otra forma ellas podrían alcanzar por sí solas.

Desde los SSVER en el nivel estatal se desarrolla un trabajo en apoyo a la partería. Sin embargo, hay una tendencia a asumir una actitud entre la protección y el paternalismo, ya que persiste un discurso centrado en que hay que ubicarlas para ayudarlas, para capacitarlas y para protegerlas; por tanto, las parteras no son concebidas como sujetas de derechos, sino como sujetas de tutela, personas que hay que cuidar y proteger:

"Hay que ubicarlas para ayudarlas, para capacitarlas, para estar juntos" (PS17VER).

Desde el primer nivel de atención se realiza una búsqueda activa de parteras con las mujeres que llegan al control prenatal, les preguntan si se atienden con partera y, si ésta no está registrada, la van a visitar para que forme parte y se agregue al censo. Los SSVER cuentan con un censo donde se contabilizan 2,474 parteras, por política estatal no se da de baja a ninguna partera sino hasta que ésta fallece. Esto genera un sobregistro de las parteras que hay en el estado ya que incluso aún cuando ya fallecieron, siguen apareciendo, a pesar de que indican que el censo se actualiza cada año y aunque cada mes los CS envían la información a las Jurisdicciones correspondientes; esta situación no nos permite acceder a un panorama preciso de la partería en el estado.

Un hallazgo interesante es que el personal de la Jurisdicción XI reconoce que no hay ninguna asociación entre la mortalidad materna y la atención por parte de la partera tradicional, incluso las parteras apoyan a los SSVER cuando las mujeres no quieren acudir. En estos casos, el personal de salud atribuye la disminución de las muertes maternas al trabajo que se ha realizado de manera conjunta con ellas, principalmente, en las capacitaciones:

"Afortunadamente ninguna de las parteras ha estado involucrada en estas muertes porque ninguna pasó por alguna partera, incluso una fue en domicilio, pero no estuvo involucrada ninguna partera" (PS62VER).

...a veces cuando tenemos una paciente renuente es la partera que nos ayuda a sensibilizarla sobre su salud para que acuda al centro de salud (PS55VER).

El personal reconoce que durante la pandemia en algunos centros de salud bajó la demanda de los servicios, generalmente los que llegaban eran con infecciones respiratorias agudas y



para ello se habilitaron módulos COVID. La población prefirió quedarse en casa y buscar atención con las parteras, su trabajo fue significativo pues se incrementó esta atención; sin embargo, reportan que ahora que ya han pasado más de dos años de pandemia, la atención por parteras en las comunidades se ha ido reduciendo.

Finalmente se reconoce la importancia de poder apoyar a las parteras con la entrega de insumos y equipo para que ellas puedan atender oportunamente a las mujeres y hay una búsqueda activa de alianzas desde los SSVER para conseguir estos apoyos en un momento de extrema limitación de presupuesto en salud materna y para partería tradicional:

Están por hacernos la primera entrega de 150 maletines para poder ya entregarles a estas parteras, este, darle la capacitación en el uso de instrumentos que vienen ahí adentro que es el Pinard, lo que es el baumanómetro, la báscula... la doctora se va a trasladar a las jurisdicciones para hacer la entrega de estos maletines. Se está priorizando a aquellas que tiene ahorita mayor productividad, que tienen mayor atención al recién nacido para que ella pueda capacitarlas en el uso correcto de la báscula pesa bebés, cómo se utiliza el pinard, cómo colocarlo, cómo interpretar lo que es la frecuencia cardíaca fetal, cómo interpretarla, cómo utilizar el baumanómetro, que esté calibrado y cómo interpretar también las cifras de presión que ellas pueda obtener de las mujeres (PS16VER).

3.2.3 La certificación de las parteras

Las principales estrategias del programa de partería de los SSVER consisten en el registro, la capacitación, la supervisión, y la certificación de las parteras tradicionales, además de la promoción de la salud comunitaria. En el 2020, se realizó el primer curso estatal de formación de capacitadores y evaluadores de parteras tradicionales para involucrar a más personal de salud en esta labor y distribuir la responsabilidad de aterrizar el programa en el contexto regional y local, evitando así centrarse solo en el nivel estatal.

El programa estatal de partería tradicional aspira a tener a las parteras no solo registradas, y capacitadas, sino también evaluadas y certificadas (acreditadas); tareas y prerrogativas que solamente se atribuyen a la institución. Se concibe que la certificación es el máximo reconocimiento que pueden tener las parteras. Cabe destacar que se les capacita y evalúa bajo la "Normas de Competencia Laboral (NTCL) Atención integral a la mujer y a la niña o niño antes, durante y después del nacimiento" como si fueran parte del personal de salud, aun si las parteras no lo son. Después de una serie de capacitaciones, las evalúan. A las encargadas del programa y al personal de apoyo en las jurisdicciones se les avisa cuando se lleva a cabo el proceso de certificación. En algunas jurisdicciones se reportó que aún no se tiene el documento que avale la certificación de las parteras que se tienen registradas, a pesar de haberse ya realizado la evaluación.

Se identificó que el personal de salud utiliza de manera indistinta los conceptos de certificación y acreditación, aun si lo primero se refiere a un proceso de evaluación perió-



dica al personal de salud para ver si cumple con los criterios y requisitos de seguridad del paciente, mientras que la segunda tiene que ver con la verificación de las condiciones y estado de las unidades de salud. Hasta hace unos años, la certificación de parteras era un proceso a cargo del CNEGSR; ahora se reportó que los estados las tienen que implementar como una forma de avalar los conocimientos de las parteras:

Y al ver que a mí no me manda ningún documento allá y las parteras, pues ya perdieron lo que se les dio en alguna ocasión, perdieron la vigencia. Entonces, yo pregunto, le pregunto a la Federación y entons dicen que cada Estado se haga cargo de sus parteras (PS17VER).

En la práctica, la certificación es una constancia con una vigencia determinada que se les da a las parteras que han terminado un proceso de capacitación y cuyos conocimientos aprendidos en la capacitación son evaluados y avalados por los SSVER. Se aduce que las mismas parteras esperan tener este reconocimiento, al participar en el curso de capacitación:

Entonces, y una partera va una vez, otra vez y otra vez a las reuniones de capacitación y está interesada, ella espera que se le dé un documento. Entonces, ahorita ese documento se va a dar con la firma o bien del señor secretario o del director de salud pública. Sí que va, esa constancia cuanto, qué vigencia va a tener, dos años y volvemos a empezar, sí. Para que esto no se vaya perdiendo, no se olvide y ellas se sientan bien (PS17VER).

Actualmente aún se está definiendo quién firmará la constancia que se debería de entregar a las parteras y cuál será su vigencia. A nivel estatal, hay ambivalencia con respecto a la implementación de este proceso:

...yo comprendo y el término certificación es un término muy amplio, en donde para poder calificar a una persona y certificarla, tendría que invitar yo al Grupo de Conocer, a la Secretaría de Educación Pública, es una serie de requisitos. Y mis parteras son, parteras que tienen mucha sabiduría, pero exponerlas a un procedimiento de ese tipo las voy a perjudicar (PS17VER).

La certificación que se hace desde el nivel central de los SSVER tiene entonces la doble finalidad de constatar el nivel de conocimientos (en su mayoría, biomédicos) enseñados a las parteras durante las capacitaciones y el mantenerlas afiliadas a los servicios de salud. Los servicios de salud se atribuyen la función de evaluar y capacitar a las parteras de manera periódica y continua, por lo que las parteras estarían en un proceso de "formación tutelada". Por otro lado, la certificación de los SSVER permite otorgar una constancia que es apreciada por las parteras, como un reconocimiento que les da respaldo a su actuar.



3.3 Certificados de nacimiento

En el estado de Veracruz, las parteras que atienden en zonas de cobertura de los SSVER, normalmente no tienen problema para poder obtener el certificado de nacimiento:

El apoyo en cuanto a los certificados de nacimiento, con eso nos apoyan (085VER).

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... yo atiendo en Huitzila, su clínica es del IMSS. Atiendo en Xoxocotla, Teotlalco, Huitzila, Acuapan, ellos pertenecen a Soledad Atzompa, pero van a la Clínica del IMSS y ahí no les dan certificados de nacimiento, ahí batallo mucho (078VER).

Con todos los datos, con todos los datos de ella o, y del bebé, hora en que nació, si 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 toma los datos y los agenda y ya (082VER).

E1: Y por ejemplo para obtener el certificado de nacimiento ¿Qué tiene que hacer?

I: Que nada más tiene que firmarle

E2: ¿Pero se lo dan en la clínica?

I: En la clínica (086VER, entrevista con traductora).

¿Nunca les han negado algún certificado de nacimiento?

No, hasta ahorita (100VER).

-En algún momento, ¿usted ha batallado para que le den el certificado de nacimiento?

-No, hasta ahorita, no

-Entonces, ¿usted lo firma?

-Sí, pero la doctora ya me lo manda lleno, yo nada más firmo (2023VER)

Por otro lado, hay un serio problema con la obtención del certificado, cuando las mujeres residen en zona de cobertura del IMSS-Bienestar y se atendieron con partera. Cuando las parteras atienden aquí, tienen que buscar dónde conseguir el certificado de nacimiento: aun si es un documento que es gratuito y a los que los recién nacidos tiene derecho:

... con los certificados de nacimiento hemos batallado bastante, a veces, no les dan, en lugares del IMSS no les dan. Yo como partera tengo que ir a buscar por donde está, comprarlos, a veces, comprarlos con un doctor particular nos cobra tanto, un doctor particular nos cobra hasta \$1,500 o \$2000 o hasta \$3,000 para llenar el certificado de nacimiento, como le digo hay unas señoras que nos pagan y otras no, pero el certificado nos exigen, nos dicen – tú como atendiste el parto y eres partera



tienes la obligación de entregarme el certificado -, pues vamos a ver en dónde encontramos el certificado, pero cuesta trabajo”(O78VER).

Como tu mamá es del IMSS ¿no le deberían de dar el certificado ellos?

Sí, pero no quieren. Pues simplemente le dicen que no nos dan, y que por eso deben de mandar a las mujeres al hospital y que ellas como partera ya no debes de estar atendiendo partos, ahorita que nació mi nena yo fui a checar los del certificado de nacimiento con la enfermera y me dijo que para que me den el certificado de nacimiento debí de haber ido al hospital, que no me debí de haber atendido en casa, y tuve que ir a gestionar la clínica de la comunidad vecina con el doctor y él me lo dio (116VER).

En estos casos, a veces el personal de la Secretaría facilita el certificado, aun si no le corresponde, pero no siempre. En su búsqueda, en ocasiones se generan prácticas de corrupción, como cuando las parteras se dirigen a un médico privado y este les cobra por emitir el certificado, que siempre tendría que ser gratuito.

El certificado funciona finalmente de alguna manera como un dispositivo de control, ya que para que se los proporcionen a las parteras es indispensable estar registradas en los SSVER y deben de 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 madres recién aliviadas y sus bebés al centro de salud y llevar su hoja de alumbramiento con todo los datos del parto y del bebé, lo cual implica vueltas, tiempo y desgaste de energía por parte de las parteras.

Cuando la partera es certificada se le otorga -en la mayoría de los casos-una credencial o identificación con la que acude al centro de salud donde la mujer llevó su control prenatal para poder canjear la hoja de alumbramiento (donde las parteras sí ponen sus nombres y firmas), otorgada por el mismo centro de salud, por el certificado de nacimiento, que el mismo personal ayuda a requisitar con los datos necesarios. Cuando van a hacer el canje, la partera acompañada por la madre del recién nacido firma o pone la huella y en el documento queda estipulado que fue ella quien atendió el parto.

Cuando no está claro el origen del niño, se realiza toda una justificación para poder otorgar el certificado de nacimiento. En la Jurisdicción VII en Orizaba, mencionan que:

...en caso de que no esté estipulado el origen del niño y tienen que hacer que la mamá sea persona y lleve su certificado de nacimiento, su acta de nacimiento y encontrar alguna forma de acreditar que ese niño es suyo, tiene que llevar del agente municipal, de presidente de manzana y aparte tiene que ir a la Fiscalía y la Fiscalía emite a mí un documento donde, pues, nosotros podamos apoyar en eso (PS39VER).

En estos casos, para poder hacer la entrega del certificado el personal de salud solicita testigos o una carta del agente municipal donde se certifique que la mujer estuvo embarazada



y que es madre del recién nacido, ya que durante las entrevistas se identificó el miedo y la preocupación del personal de salud a registrar un bebé robado.

A veces, el personal médico entrega certificados a parteras que no corresponden a su zona o que están adscritas a otra institución como el IMSS-Bienestar; esto lo hacen para apoyar a las madres en busca del certificado.

...Se lo hacemos, sí se lo hacemos, se lo damos porque se siente feo andar dando vueltas y que no te resuelvan. Mejor aquí se lo damos de una vez y ya [...] a veces, en estadística en la jurisdicción luego nos dicen –oye estás haciendo a una que no te toca -, y pues nosotros explicamos es que la paciente ya dio muchas vueltas y no se nos hace humanitario tenerla ahí esperando. Esa política igual la tenemos desde siempre (PS15VER).

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, 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 [...] te lo tienen que dar porque tú funges esta función o tú tienes esa actividad social, 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, pero...” veinte mil peros, que dentro de todo es ayuda para todos, para nosotros como para ellas porque nunca te ha hecho daño el capacitarte (PS52VER).

En unos cuantos casos, es posible que el personal de salud no registre que el parto lo atendió la partera y lo registran como si ellos lo hubieran atendido. Sobre esto un personal de salud comenta:

...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).

Algunas parteras mencionan que quien firma los certificados de nacimiento es el médico; la mayoría aclara que ellas son las que firman y les ponen que ellas atendieron el parto, sobre todo en la región totonaca y en Las Choapas. Generalmente ellas anotan en una libreta los datos para llenar ese certificado y en el centro de salud ya lo llena el médico, pero especificando que el parto lo atendió la partera:



Sí me lo dan [el certificado]. Que vaya yo, que lo firme la mamá, que lo rellene ella, me regreso ... que lo selle el doctor porque él no lo firma. Sí yo atendí, lo voy a firmar. Yo voy a firmar, el doctor va a sellar (082VER).

Cuando nosotros los llenamos, nosotros los firmamos, hay una parte donde dice donde se atendió, si en una casa, entonces si fuimos nosotros, la partera, tiene partera y allí (085VER).

E2: ¿Y ella firma como atendido por partera?

¡Mjum! I: ¡Ajá, firma!

E1: Ella firma ¿Y nunca le han dicho "no, no te voy a dar el certificado" o alguna cuestión que le digan no, que le pongan un poco de trabas para darle?

I: No (086VER, entrevista con traductora).

Yo tengo mis papeles para entregar que van a ser como partera, el certificado de nacimiento todo lo llena el médico, ya nada más me llaman para que vaya a firmar (100VER).

E: ¿Entonces vienen acá al Centro de Salud, con el director?

I: Sí él les llena y ellas firman

E: ¿Y a quién se pone que atendió el parto?

I: A ellas

E: ¿Y ellas firman?

I: Ellas firman o ponen su... su... su huella

E: Su huella, en el certificado de nacimiento

I: Sí en el certificado, el doctor solamente les apoya en el llenado (110VER, entrevista colectiva con traductora).

Nosotras atendimos el parto, nosotras vamos a firmar (107VER).

En algún momento en el pasado, se reportó que hubo un problema porque los centros de salud se quedaron sin certificados, por lo que hubo niños que se quedaron sin actas de nacimiento:

...nos quedamos sin certificados [...] Ya tiene como 15 años más o menos [...] Yo ya tengo como unos ocho niños sin registrar que ya ahorita le van a poner unas multas a los papás, pero ellos no tienen la culpa (082VER).

En las Choapas, el personal de salud les recuerda a las parteras que no se presten a decir que ellas atendieron algún parto cuando eso no fue cierto:

...dice nuestra directora que nos enseñan que no debemos de dar ningún papel, que no debemos de firmar ningún papel que no sea nuestro trabajo [...] La otra vez una señora me vino a pedir papel y yo le dije que no, porque yo no entendía este breve, vaya a donde la atendieron, porque es justo que le den [allá donde se atendió]. (100 VER)



3.4 Capacitación

Las capacitaciones a parteras en Veracruz se realizan en distintos niveles. En primer lugar, hay capacitaciones que se organizan a nivel estatal, por parte de la responsable del programa de Intervenciones Comunitarias y su equipo. Éstas son mucho más esporádicas, tienden a ser más largas y ahora vinculadas a un proceso de valoración de los saberes de las parteras para su "certificación" (veáse más arriba el apartado sobre este tema). Durante la pandemia estas capacitaciones pausaron por completo:

E: ¿durante la pandemia hubo capacitaciones?

-No tuvimos, apenas las retomamos. Aquí en nuestra comunidad cuando hubo muchos enfermos tampoco tuvimos capacitaciones. (100VER).

Además, es cada vez más difícil poder garantizar suficientes recursos económicos para poder llevar a cabo capacitaciones desde el nivel estatal porque se requiere de mayor presupuesto para el traslado y la concentración de las parteras en los puntos de encuentro. Sin embargo, el nivel estatal se las ingenia para poder reunir a las parteras aun que sea una vez al año:

-Dependiendo de los recursos que organiza la doctora Irene [la responsable estatal de programa de partería tradicional], de los gastos, a veces dura tres días, a veces una semana dependiendo, porque la última vez creo que duró 5 días (078VER).

E: ¿Y le dan su alimentación, hospedaje y todo?

-Sí, todos los gastos ellos, a veces, hasta por ejemplo nos dan los pasajes... la doctora Irene nos ha apoyado mucho y sí nos ha tratado bien. Cualquier cosa le pedimos el apoyo o le llamo y ella aunque está en Xalapa, aún la distancia me comunico con ella y organiza y salir adelante (078VER).

Las Jurisdicciones realizan capacitaciones periódicas, generalmente de dos a cuatro veces por año, dependientemente del recurso limitado con el que cuentan, a veces en la sede de la jurisdicción o en unidades de salud cercanas:

E: ¿En dónde les dan las capacitaciones?

En Entabladeros, en Poza Rica

E: Y ¿cómo cuánto tiempo se hace para allá? A Entabladero o a Poza Rica?

-Como dos horas, tres horas

E: Y ¿Cada cuándo son las capacitaciones?

-Cada medio año (086VER).

Finalmente, en los centros de salud de adscripción de las parteras, los médicos y el personal de enfermería se encargan de repasar los temas de la atención prenatal, obstétrica y en el puerperio, además de fortalecer ciertos temas proritarios para el sistema institucional de salud, como son los signos de alarma para detectar complicaciones, cada mes, cuando las



parteras visitan a los centros de salud para la entrega de información sobre lo que se denomina "productividad": Así lo relatan el médico de un centro de salud y una partera, respectivamente:

De entrada platicamos cómo les fue en el mes, me gusta preguntarles que tuvieron en el mes porque así, de esa manera, vemos si alguien tiene alguna cosa que le haya salido nueva, que me diga, -no, es que una paciente tenía la presión alta -, por decir algo, entonces, ya tocamos el tema, lo desarrollamos de acuerdo a la carta programática. Llevamos los temas o unidades, son tres unidades y ya de acuerdo a lo que se haya visto en el mes, de lo que les pasó y pues tratamos de abordarlo. Y si no hubo ningún evento de este tipo, les damos, ahora sí que el tema que toca y hay un espacio de dudas y preguntas para que ellas nos comenten y todo y de esa manera tenemos la interacción. Los tres temas principales son: la atención durante el control prenatal, la atención de la mujer durante el parto y la atención del recién nacido, esos son los tres principales, no trae temas específicos sobre, por ejemplo, herbolaria o algo así, pues no. Ellas nos lo platican y nosotros aprendemos... esos tres temas son los principales en bloque, luego se subdividen y ahí, hay un tema sobre la atención del parto complicado, la hemorragia obstétrica y otro sobre infecciones durante el embarazo y otro que es sobre... ya se me olvidó, ah sí la atención del recién nacido, la atención del recién nacido viene para el normal y para el que viene complicado. No viene un tema así como tal de animación, pero sí saben durante la atención del recién nacido complicado, ahí viene uno donde viene lo de la reanimación, del minuto de hoy y se lo saben bastante bien (PS015VER).

Sí, pero ahora ya no me acuerdo ,como dos meses estuvimos, aquí el Dr. X ,nos platica, luego nos habla sí, nos avisa, como tiene números de nosotras parteras, pues nos marca y ya nos dice que tal día vamos a tener curso, nos avisa que vengamos. Como ahora me avisó tiene unos cuatro días me avisó que venga hoy a las 10:00 que estemos acá, me vine como 9:30 ya vengo despacio y llegué (079VER).

En muchos casos, se reporta que las capacitaciones se dan en todos estos niveles aun si con periodicidad distinta:

E. ¿La mandan a las capacitaciones a Tlaquilpa?

I. Hasta Xalapa.

E. ¿Me puede contar quién le da las capacitaciones?

I. Dice, de allí [los] doctores vienen de Xalapa, tons allí les da. Si no viene[n] los doctores, es una muchacha [que] ya aprendió, entonces, ahí les da las capacitaciones, eso. (083VER entrevista con traductora).

-Y ya como nos han venido dando capacitación en las clínicas, antes estaba en la clínica aquí en el centro de Atzompa. Ahorita aquí en CESSA, pero nos han apoyado con los doctores y vienen a capacitarnos... Nos han dado capacitación, no me acuerdo hace que tiempo fuimos a Orizaba [a la jurisdicción] (085VER).



-Aquí sí, cada mes nos llama el doctor y nos dan un poquito de capacitación... Aquí en el CESSA, a veces, cada mes o dos meses y ya capacitaciones como general nos juntamos como 20, a veces, no vemos aquí en Tlaquilpa. Ahí ya nos juntamos como 20 o 30... [En Tlaquilpa] es como hospital, allí ya nos juntamos como unos 30 porque vienen de diferentes municipios y comunidades, entonces allí si nos juntamos (085VER).

E: ¿Y las capacitaciones se las da ella?

- Sí, la enfermera nos da hasta cada dos meses.

E: ¿Y en el hospital de Las Choapas usted ¿cada cuánto va a capacitación?

-Pues este año ya nos han llamado dos veces, fui el 5 de abril y el 5 de julio cuando nos encontramos ahí en Las Choapas (100VER).

Como en el testimonio anterior y el sucesivo, a veces se reporta que las capacitaciones se organizan también o se organizaban antes por las jurisdicciones en hospitales, además de los centros de salud:

Y empecé con la capacitación, ya después fuimos a Río Blanco al hospital de Río Blanco, fuimos allá ... en el hospital general, estuvimos 15 días ahí capacitándonos y después aquí siguió mi trabajo. También ha cambiado por los cursos que nos han brindado. Pero también porque de ahí aprendí como checar el foco fetal o cuánto debe de tener lo normal.

E: Usted me dijo que ha recibido muchas capacitaciones, ¿sigue recibiendo capacitaciones?

-Ahorita ya no, bueno en los hospitales no, pero aquí sí, a veces cada mes, cada dos meses nos cita el Dr. X [del centro de salud] y nos capacita.

E: ¿Cuál fue la última capacitación que recibieron?

-Hace como 20 días o un mes, no me acuerdo.

E: ¿De qué fue?

-De atender el parto, todo de atender parto, de alto riesgo, de los factores de altos riesgo y todos eso, cómo checarlo, cómo atenderlo hasta donde puedo atender un parto (078VER).

Por otro lado, se reporta que en zonas del IMSS-Bienestar, antes se realizaban cursos de capacitación con cierta regularidad, pero al parecer estos son mucho más esporádicos a partir de la pandemia. Lo anterior aun si hay parteras afiliadas a este programa que reportan haber recibido equipo para reanimación neonatal durante una capacitación organizada por esta institución en fechas relativamente recientes u otras que siguen mencionando cursos recibidos al parecer en tiempos recientes donde les enseñaron que sí pueden hacer maniobras para voltear el bebé cuando viene en mala posición y es una situación de urgencia:

E: ¿Y reciben capacitación por parte, en este caso del IMSS?

-Antes eran cada mes, pero ahorita con lo de la pandemia se suspendió.

E: ¿Y, por ejemplo, que temas ven ahí?



-Más el tema de salud, que ver qué tienen la embarazada, qué le preguntemos sí no le duele la cabeza, si no tiene zumbidos de oído, si ven lucecitas, sí.

-Si se le hinchan sus pies.

-Si no se les mueve el bebé.

-Sí, lo signos de alarma (084VER, entrevista colectiva)

-Hemos ido a cursos y un médico de México nos enseñó la técnica de cómo giras, se tenía que hacer y sí se acomoda el bebé.

-Sí, algunos, sí... Algunos sí, los podemos acomodar.

-A nosotros nos dijeron que no les podemos hacer nada los que están complicados.

E: O sea, en el curso les dijeron que no, ¿pero ustedes saben acomodarlos?

-Algunos vienen de urgencia y hay que atenderlos. Yo atendí un parto gemelar que venían en la posición y gracias a Dios los dos niños viven. (112VER, entrevista colectiva).

Cabe mencionar la contradicción explícita para estas parteras afiliadas al programa IMSS-Bienestar las cuales reciben enseñanza de estrategias, maniobras o cómo usar equipo de emergencia para reanimación neonatal cuando de hecho se les ha prohibido atender partos. Al parecer en las capacitaciones del IMSS-Bienestar también prevalece la lógica que las parteras que no se presentan, pierden su registro ante la institución:

E1. Cada mes. ¿Y les gustan a ustedes cómo esos cursos? ¿Esas capacitaciones? ¿El ir ahí con ellos les gusta a ustedes?

-Pos, como haga usted de cuenta que nos vienen -cómo les quiero decir -que si no va uno, pos lo sacan a uno. Así su palabra. Si no se presenta uno, entons, cómo quién dijo...

-No están cumpliendo con su deber. Y vas pa' fuera. (084VER, entrevista colectiva).

Las capacitaciones tienen múltiples finalidades, algunas explícitas y otras implícitas. Desde la perspectiva del personal de salud, son, junto al reporte mensual de las parteras a sus centros de salud, la principal forma de mantener el acercamiento, ejercer control con y sobre las parteras en sus áreas de cobertura, fortalecer y difundir conocimientos biomédicos en cuanto a posibles complicaciones y garantizar que las parteras aprendan estos enfoques de la bio-obstetricia y que canalicen a los hospitales estos casos. En este proceso, se expande indudablemente la mirada biomédica:

E: ¿usted cree que ha cambiado la forma en cómo atiende ahora a como atendía antes?

-Sí, bastante, ya cambiado todo porque gracias a Dios y gracias a los médicos que nos enseñan cómo debemos trabajar, cómo debemos de atender a las muchachas que se van aliviar, todo eso. Pues, a mí muchas mujeres me dicen que no, porque el doctor atiende así y que la partera no. Pero a mí sí me gusta porque ha aprendido muchas cosas con el trabajo del médico; cómo se debe de atender, que no se debe de maltratar a las mujeres, porque antes era "en el caso que se atendía tenía que estar hincadas todo el tiempo" y todo eso nos dijo el doctor que debemos de checar el tiempo en que va a nacer, cuántas horas, cuántos minutos, todo eso. Yo agradezco mucho mi doctor que yo tenía, aquí estaba nuestro doctor; el doctor Irán, él nos enseñaba (10OVER, entrevista colectiva).



Sin embargo, al mismo tiempo que se expanden la mirada y la práctica biomédica, también se dan diálogos y se tejen relaciones a veces de colaboración y apoyo; mismas que las parteras entrevistadas dijeron apreciar mucho. En algunos casos, es a través de estos acercamientos que el personal de salud logra romper los moldes ideológicos en lo que fue formado en la biomedicina. Es así cómo se logran reconocer que las parteras establecen una relación más horizontal, respetuosa y menos intervencionista con la mujer embarazada y que, sobre todo, tienden a ser personas de gran sabiduría, con vastos conocimientos y una profunda experiencia con respecto a la atención prenatal, obstétrica y posnatal y con una capacidad inegable de atender desde otra perspectiva:

Mis responsabilidades también abarcan hasta ese tema de vigilar que haya gente, este, empática y experta que atienda a las parteras.... [Mi objetivo es] seguir invitando al personal, seguirlo invitarlo. Yo estoy convencida de que se les invita –como ahorita lo vimos –vamos a sacar aquellos personajes maravillosos que existen y que van a tratar con respeto absoluto las parteras tradicionales. Que ellas están allí, dónde nosotros no estamos y requieren que las reconozcamos, que las apoyemos. Que a veces no tenemos que llevar grandes... como estemos cerca de ellas, les demos un abrazo y les digamos “Nosotros no les vamos a enseñar nada” porque en materia de partería, ellas ya lo saben todo (17PSVER).

Por otro lado, desde la perspectiva de las parteras, las capacitaciones sirven para aprender conocimientos nuevos de corte biomédico que ellas generalmente consideran muy valiosos; además de, al igual que el personal de salud, muchas aprecian las relaciones de cercanía, apoyo e intercambios que se construyen en estos espacios compartidos con el personal institucional:

Sí, la verdad a mí me gusta mucho la capacitación porque hace como unos 4 o 5 años estuvimos en Orizaba por una semana con la doctora Irene lo organizó, siempre con la doctora Irene de Xalapa organiza todas las capacitaciones, pero ahorita ya tienen tiempo que no hemos ido allá en los hospitales de Orizaba. Nos gusta más ir a capacitarnos en hospitales. Por ejemplo, nos daban unos días para capacitarnos porque ahí sí no, como que más ponemos atención, nos vamos directamente a una capacitación que más nos llama la atención o aprendemos más cosas porque con las otras compañeras de diferentes lugares ahí nos reunimos, llevamos nuestros conocimientos y nos traspasamos. A veces ellos utilizan otras cosas que yo no lo sabía, cuentan cómo atienden los partos que yo no sabía, de ahí aprendemos muchas cosas. (078VER).

La gran mayoría de las parteras reportó apreciar las capacitaciones y los conocimientos que ahí se aprenden; además, las disfrutaban como espacios de socialización donde pueden intercambiar conocimientos, se conocen y a veces, hasta se establecen amistades entre ellas. Hubo algunas parteras que comentaron, refiriéndose generalmente a otras, que hay quienes no quieren ir a las capacitaciones, o que se aburren o se duermen, o simplemente se niegan a asistir. En estos casos, el personal de salud las presiona para que se den de baja y ya no atiendan, aun si es improbable que esto suceda:



Julia iba con su hija Silvia, pero como la Carolina y su hija que atienden, pero no quieren participar en la plática, había otra que se llamaba Pascuala tampoco va a la plática, pero quiere trabajar... Pero le dice la enfermera que no, que ya no trabaje, porque ya no van a ser responsables los médicos (10OVER).

Por otro lado, hay parteras que ya saben de memoria lo que se va a ver en el curso. De alguna manera para ellas todo se vuelve muy reiterativo, pero de todas formas asisten; entre otras razones, porque es información que deben de tener siempre presente y puede haber otras parteras que no habían asistido previamente y que no conozcan la información que ahí se transmite:

E2: ¿Y qué opina cuando va a los cursos y ella ya sabe todo eso? ¿No se aburre?

I: No pues, tiene que escuchar las pláticas porque aunque ella ya sabe, las otras parteras a lo mejor no saben o las nuevas parteras.

E:1 Entonces, estos cursos no se le hacen pesados, de decir, pues ya vimos esto, ¿no son muy reiterativos los temas?

I: Dice que no, porque pues es su trabajo siempre lo tiene que tener presente... hay algunas que sí

I: Cuando es el curso dice que este... pues hay algunas mujeres que no ponen atención, que se duermen, y al siguiente mes que les vuelven a dar el curso, les preguntan qué es o que les dijeron el mes anterior y dice que hay algunas que no...no saben qué contestar porque no ponen atención (086VER).

Como se puede constatar del testimonio anterior, hay una cierta actitud sumisa por parte de algunas parteras, las cuales ven su asistencia a los cursos como un deber inevitable, una obligación a la que no se pueden escapar y a la cual se tienen que adaptar, para poder mantener la relación que ellas perciben como generalmente beneficiosa con la Secretaría de Salud; esto, independientemente de que le sean o no útiles los conocimientos que ahí se transmiten.

En algunos casos, las capacitaciones se dan, por lo menos en parte, en la lengua local, aun si esto no es garantía que la metodología de enseñanza-aprendizaje se vuelva más dinámica y más pertinente a nivel cultural:

E2: ¿Y éstas se dan en totonaco?

I: Español y totonaco

E2: Y totonaco, y este... ¿Y cómo les enseñan, o sea nada más está el auxiliar de salud y ellas enfrente... ¿esa es la dinámica de la sesión?

I: ¡Ajá!

E2: Nada más alguien exponiendo y ellas nada más están escuchando

-Escuchando ¡Ajá!

E2: ¿Y ellas no participan ahí?

I: Pues sí porque les ponen también cuestiona... les preguntan qué es lo que tienen que hacer, pues este... como te diré también tienen que, que opinar.... (086VER)



Por otro lado, hay capacitaciones que se dan con una metodología pedagógica bien distinta que, al parecer, logra involucrar a las parteras a partir de plantear problemas concretos a resolverse: a través de dinámicas lúdicas y participativas donde los saberes de todas se ponen en juego:

Y yo cuando voy y las atiende y las he capacitado, yo no utilizo pantallas ni presentaciones, a lo mejor alguna película para distraerlas, no un poquito y ver que observen ellas la necesidad de estar alertas en la identificación de las señales de alarma, qué puede pasarle a una mujer. Ahí están uno videos muy bonitos, algunas veces, pero, por lo general, yo me sigo inclinando por la metodología lúdico-constructivista. Y a través de experiencias lúdicas cómo las dramatizaciones, trabajamos y aprenden. Y yo aprendo mucho de ellas y ellas recuerdan todo y lo organizan y, llegamos a donde queremos llegar. Sí, de esa manera trabajamos. (PSO17VER).

Finalmente, hay que mencionar que, por la crisis financiera que atañe al sistema institucional de salud, los recursos para salud materna y el programa de partería tradicional se han reducido muchísimo en los últimos años, aun más por la pandemia, por lo que ya no hay financiamiento y es común que las parteras tengan que costear su traslados y otros gastos de manutención cuando van a las capacitaciones, las cuales como ya vimos, son obligatorias, por lo que las parteras en general prefieren tener capacitación en sus centros de salud y no tener que trasladarse:

E: Y ¿Usted paga sus pasajes?

I: Sí, no les pagan viáticos

I: Cada quien va por sus medios o a veces este les brindan la ambulancia

I: Rara vez (O86VER).

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

Las parteras expresaron sus problemáticas y demandas en el curso de las entrevistas. Un problema común y frecuente que identificaron varias de ellas tiene que ver con que, al llegar al hospital con la mujer, es común que ellas perciban que tardan en atenderlas. Las parteras necesitan que esta referencia sea considerada realmente como una urgencia:

“que les den más atención [...] atención inmediata, o sea urgencia. Las tardan” (O86VER).

Otra problemática identificada es que no les permiten acompañar a las mujeres que ellas refieren cuando éstas tienen una complicación, dentro del hospital; incluso, muchas veces no les proporcionan información del estado de salud de sus pacientes:



Mire, en el hospital me gustaría que con un gafete que llevemos que nos dejen entrar para saber mis pacientes como están, para que se sientan más aseguradas o, por ejemplo, tan siquiera que nos avisen... A veces, una les pregunta - ¿cómo está mi paciente tal, fulana? - y, a veces, no dan la respuesta, a veces, no nos dan hasta que a ellos se les da la gana [...] porque una vez hace como un año [...] no nos han dado la respuesta - y bajamos, hablamos con el director y el director fue e investigó y ya nos dieron la respuesta de cómo está la paciente, pero antes no querían dar. Nos gustaría que nos brindaran más el apoyo. (078VER).

Lo anterior se traduce en **una demanda al personal de salud de los hospitales para que las reconozcan como parteras, atiendan con oportunidad a sus pacientes, las dejen pasar y las consideren como interlocutoras legítimas y acompañantes de las mujeres cuando ellas las refieren.**

Se documentó que en las unidades de salud regañan y a veces discriminan a las parteras. Esto ocurre principalmente en los hospitales, aunque en algunas ocasiones también sucede en los centros de salud:

...de repente dice que se molestan, porque lo primero que hacen es preguntarle [a las mujeres] si no les dieron nada. O si ya les hicieron muchas veces el tacto, pos la regañan [...] Que no les dicen nada siempre y cuando no las manipularon tanto (110VER).

...Solamente hay enfermera, nada más y esa enfermera nos dice que las que no llevan su control [prenatal], que no la veamos [...] que no las atendamos [...] que no la vamos a atender. Y si la llegamos a atender sin eso, que no... si no reportamos nos van a quitar nuestro trabajo [...] Nos van a quitar nuestro trabajo y pues nos regañan... Hasta amenazan a nosotras (107VER).

Esta problemática se traduce por parte de las parteras en **una demanda por un mejor trato y una relación más respetuosa hacia ellas y su tiempo.**

Todas las parteras requieren de materiales, carecen de Doppler, báscula, tijeras, guantes, cubrebocas, cintas umbilicales, termómetro, gasas, algodón, para poder hacer su trabajo. Muchas veces ellas no pueden comprar estos materiales y equipos, principalmente cuando son caros. Les gustaría que se los proporcionaran con regularidad:

... sí, nada más que no tenemos dinero y yo quisiera comprarme algo así... Digo, así me gustaría checarlos de presión, pero no me puedo comprar nada. Hay un aparatito para que lo siente así en el corazón, yo quiero escuchar que sí están bien, luego no tengo dinero no puedo comprar nada. A mí me gustaría tener aparatitos, aunque sea chiquitos, pero no puedo (079VER).

Lo anterior aterriza en **una demanda para que los SSVER les otorguen de manera constante, periódica y gratuita todos los insumos y equipo que ellas necesitan para atender partos.**



También prácticamente todas refirieron querer **un apoyo económico o gratificación por parte de los SSVER**. Algunas parteras tienen edad avanzada, y algunas no tienen ya familia. Cuando dejan de trabajar, no tienen otros ingresos, no tienen seguridad social, no tienen jubilación alguna. Esporádicamente soban a alguien, pero ya alcanzada una cierta edad donde el cuerpo ya no da, dejan de percibir ingresos de su trabajo como partera, por lo que solicitan un reconocimiento económico por el trabajo que han realizado a lo largo de sus vidas; el cual, finalmente, ha sido un servicio para las mujeres de sus comunidades que ha descargado de responsabilidad y carga de trabajo al sistema público de salud, sin que al sistema le costara. **Esta demanda se vuelve más apremiante con las parteras mayores**, algunas de las cuales hasta sufren desamparo en su vejez, en caso de que sus familiares no puedan apoyarlas:

Yo digo que el gobierno, yo digo que el gobierno debe enfocarse en todo el apoyo hacia las parteras porque es la que está viendo la vida, la vida del bebé y la vida de una mamá... porque si se nos muere un bebé o se muere la mamá, ahí sí ay, la Ley viene sobre tí (107VER).

Por eso sí, pues luego me pienso, luego, pos como soy solita... Ya mi esposo ya falleció. Luego me pienso porque el gobierno no nos da un apoyo porque que no nos busca, porque no se da cuenta, somos sus trabajadoras, no va de buscar, nos va de dar algo (082VER).

...que no tiene trabajo ya, que ya no, pues ya está grande de edad, ya no tiene ningún ingreso, por ejemplo: pues si a caso sí soba, ¿qué tanto le pueden pagar verdad? No les pagan mucho (110VER).

Otra **demanda** que expresaron las parteras tiene que ver con **que haya médicos en los servicios de salud principalmente los fines de semana** porque se enfrentan a la falta de apoyo en casos de emergencias, si éstas ocurren cuando los centros de salud no están laborando:

En Cerro Grande han trabajado bien con el doctor y con la enfermera; en el caso de Filomeno Mata lo que se ha batallado es que ... lo que necesitan es un doctor en el turno de la noche y también en sábado y domingo (114VER).

No menos importante, **se demanda que las políticas públicas en salud materna tengan una perspectiva intercultural y sean más humanizadas**:

De políticas públicas que pueden ser en cuestión de salud, de que metan más gente intercultural, más humana. Porque yo decía que, dentro de los médicos son como robot, que obedecen lo que le dicen [...] aquí lo que hay que hacer que haya más, una cuestión más humana. O sea, voy a atender a la persona, como yo me gustaría que me atendieran (084VER).



Por último, las parteras expresaron la problemática de que hay personal que las hostiga y que no quiere que ellas sigan atendiendo partos. Este problema es particularmente pronunciado en áreas de cobertura del programa IMSS-Bienestar. Esto se traduce en **una demanda para que el personal de salud deje de hostigarlas y permita que ella ejerzan su oficio y que las mujeres puedan escoger libremente donde y con quién prefieren atenderse.**

4.2 Problemáticas y demandas desde sector salud

Desde los SSVER a nivel estatal se reconoce que se tiene que capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el trabajo que realizan las parteras a fin de que no exista maltrato o discriminación hacia ellas, ya que no siempre las tratan bien y se reconoce que hay desconocimiento y hasta hostigamiento hacia ellas:

...En la atención y la vinculación con las parteras. Tal vez a través de algún, de algunos temas como de desarrollo humano o, ¿no? Sensibilizarlos, número 1. [...] Porque ellos están acostumbrados y académicamente en la universidad no nos enseñan, este, pues a vincularnos a trabajar con la partera, es la verdad, sí. [...] lo valioso que es en la universidad, no pues, no te hablan mucho de estos, ¿no? Y yo entiendo que algunas veces en los centros de salud como que no les gusta trabajar con parteras. Sienten como que tienen que aplicar tiempo que a lo mejor requieren para atender a sus pacientes o llenar su papelería y esto. Pero estamos en un Estado y en una situación donde la partería tradicional existe, está allí y va a seguir, va a seguir, esto no se va a terminar. [...] algunas veces rechazan a las parteras, sí. Y hasta maltrato les dan [...] Uno que otro sí, mis respetos porque las atienden, las tratan y les dan un lugar muy especial [...] Pero, bueno, de todo hay (PS17VER).

Se menciona también que el personal de salud debe de aprender a tratar de manera respetuosa y en un marco de derechos no solo a las parteras sino también a las mujeres embarazadas, ya que se considera que ellas prefieren ir con las parteras por la atención que les brindan, pues muchas veces sufren violencia obstétrica en los hospitales:

...cuando yo pues les he preguntado a las pacientes por qué no quieren bajar al hospital, ellas me dicen que el hospital es frío, frío porque no te ven, frío porque no te escuchan, también tiene un frío clima porque te dejan sola... Y ¿cómo podemos cambiar eso? Pues sensibilizando al personal... Es picar y picar (PS49VER).

En el hospital de Río Blanco se identifica que existe cierto maltrato y discriminación por parte del personal de salud que ahí labora y no sólo hacia las parteras. Hasta se menciona que te tratan según el humor en que se encuentre el personal:

... el hospital de referencia es el hospital de Río Blanco. Tiene que será la característica de que mucha gente se queja del hospital de por sí, seas partera o paciente [...] el hospital de por sí discrimina parejo y yo creo que también depende de la suerte. A veces, llegas al hospital y te toca alguien que te atiende de maravilla, y a veces, llegas y te toca



él que va de mala... Pero, bueno, como dice el doctor, ya es mucho que estés de malas todo el tiempo... (PS15VER).

Una de las dificultades a la que se enfrentan las responsables jurisdiccionales de los programas de salud materna y partería tradicional, es que los centros de salud acepten y colaboren con la parteras. Se reconoce que la rotación del personal es un problema e incluso la jurisdicción llega a hacer de enlace entre las parteras y el personal de salud de los centros de salud para evitar confrontaciones:

... la mayor dificultad o la que se ha presentado es cuando el centro de salud no las acepta como de muy buena gana. Pero, pues, les hemos explicado a los centros de salud, hemos hecho de conocimiento de todos que las estamos capacitando, se supone que cada centro de salud debería estar capacitando continuamente a su partera pero ha habido cambio de personal... O no hay ese acercamiento o esa empatía, no hacen clic y pues no se acercan ni una parte, ni la otra parte... Entonces, pues, nosotros aprovechamos para capacitarlas pero sí les avisamos a los centros de salud "estamos capacitando a tu partera" ¿no? O a otro centro de salud donde no... no se llevan, chocan, este, pues, el enlace lo hacemos nosotros ¿no? (PS19VER).

Todo lo anterior se traduce en el reconocimiento de **la necesidad de capacitar y sensibilizar de manera constante y periódica al personal de salud para que este reconozca plenamente la legitimidad, valía y relevancia de los saberes, la presencia, el trabajo y prácticas de las parteras.**

Otra problemática que se reconoce es la falta de recursos económicos y la falta de materiales para poder otorgar a las parteras. La entrega periódica de equipo e insumos es una práctica que se ha ido perdiendo y que era algo que el sector salud ofrecía a las parteras, pero cada vez se han reducido más los recursos:

No les han dado material a las parteras... Esa es una de las cosas que se perdió en el tiempo y a parte de eso pues no he visto yo en este año, al menos que les hayan dado lo indispensable. Les dábamos consumibles en el tiempo de la primera etapa, y ahí nos llegaban cintas umbilicales, jeringas, gotas de plata para evitar el problema de la infección de los niños, nos llegaban gasas, pinzas, las tijeras, en general llegaba material para la partera y en este año yo no he visto nada... Y, por lo que me platican los compañeros que tienen más tiempo, pues tiene mucho tiempo que no les dan nada. Y entonces pues, las quieres mantener, antes el atractivo era que llegaban a la reunión para el centro de salud [...] y les dábamos materiales, en una bolsita de ponías a cada quien y a veces les dábamos un desayuno sencillo (PS39VER).

Esta situación genera **una demanda por la asignación de recursos suficientes para apoyar a las parteras con los materiales que ellas necesitan, y apoyarlas con los gastos de alimentación y traslado en sus visitas a los centros de salud,** lo cual coincide con la demanda correspondiente planteada por las parteras.



4.2.1 Problemáticas identificadas en relación con las parteras

De acuerdo a los SSVER, cuando llega a complicarse algún parto con las parteras, se investiga dando un seguimiento personalizado y en ningún momento se les prohíbe que sigan atendiendo. Según ellos, sus procedimientos con la partera son menos drásticos que aquellos implementados por el IMSS-Bienestar:

...cuando hay un, un procedimiento así, este, pues no indebido, pero algún procedimiento que por la intervención de ellas se hubiera suscitado algún problema. Entonces, nosotros no las citamos, como el Seguro Social que las quita hasta de la lista. Nosotros le damos seguimiento personalizado, atención y seguimiento personalizado mientras pasa esta situación de investigación. Si vienen a verte, tú puedes seguir atendiendo en cuestión de parto, aquí está el hospital, aquí está el lugar dónde tú las puedes acompañar y llevarlas mientras esto pasa. Ya que pase esto y ya te volví a repasar y repasamos todo, puedes. La gente las va a seguir buscando (PS17VER).

Las autoridades estatales y jurisdiccionales reconocen que las parteras se enfrentan a situaciones adversas cuando ocurre alguna complicación en el parto. A veces en las comunidades no hay señal para comunicarse, aunado a que existen cuestiones estructurales del sistema de salud, como la falta de médicos y más aún, en fin de semana, la falta de ambulancias; también se mencionan los caminos accidentados y las largas distancias como factores estructurales que sobrepasan la situación y que explican el porqué se presentó el problema:

...detectamos que no había señal en ese lugar donde ellas estaban. A ellas les correspondería o lo más cercano que tenían en el CESSA de Atzompa, pero en esta ocasión que se presentó la complicación fue domingo en la tarde cuando no tenían médico (PS19VER).

Otra de las problemáticas que enfrentan las parteras es cuando llevan a los servicios de salud a las mujeres por tener ellas alguna complicación y posteriormente los familiares no les quieren pagar su trabajo que ya realizaron. Esto se menciona como un factor que propicia que ellas ya no quieran seguir llevando a las mujeres a los servicios de salud:

...hay algunos casos donde se atiende el parto aquí y cómo piensan que ya es aquí, aquí en el CESSA ya no tiene que pagar nada [...]. La partera sale perdiendo y luego tiene que andar cobrando y todo. Y, entonces, aunque las parteras saben que tienen esa opción, mejor ya no las traen para evitarse esos problemas (PS15VER).

Las autoridades ven como **una necesidad importante que se asigne un recurso económico específico para las parteras por el trabajo que ellas realizan**, ya que es una demanda que las parteras siempre están planteando y eso sería lo justo:



...que se les gestione un recurso... Que si bien es cierto [que] ellas hacen un cobro por los partos atendidos, es un cobro muy bajo, en su mayoría y, algunas veces ni les pagan. Y que bueno, atienden partos, sin menoscabo de un peso del erario público (PS17VER).

Finalmente, otro problema que identifica el personal de salud es la no transmisión de saberes y la formación de nuevas parteras. Esta ausencia impactaría en dos sentidos. En primer lugar, porque sería una pérdida de saberes etnomédicos importantes en el país; aun si esta pérdida se reconoce más en el ámbito de la tradición cultural que como un bagaje de saberes que tiene su valor para el cuidado oportuno de las mujeres durante la gestación y el nacimiento:

"Sería triste, porque se perdería una parte de nosotros como país, como cultura. No me gustaría que llegara a pasar eso en ninguna localidad" (PS55VER).

En segundo lugar, tiene un impacto negativo en el mismo sistema de salud y en la salud de las mujeres de las comunidades, porque los partos que ellas atienden de alguna forma se quedarían sin atención médica:

"serían muchas pacientes las que estarían en un momento dado descubiertas, que quién sabe que pasaría con ellas si no tuvieran esa opción de las parteras" (PS55VER).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

Entre el personal se llegan a generar relaciones muy cercanas con las parteras, por el contacto continuo; incluso, llegan a ser aliados de ellas, a respetarlas y a apoyarlas plenamente.

Hay casos en que las parteras reportaron que hay una relación cordial con los médicos, enfermeras y enfermeros de sus centros de salud, la cual se ha generado en la cotidianidad con el trabajo colaborativo que realizan. Las parteras agradecen lo que logran aprender con ellos y a valorar de manera conjunta los casos que se pueden complicar para tomar decisiones sobre su atención:

...hemos recibido apoyo de los doctores de aquí, sí nos han apoyado mucho, están al pendiente de nosotros" (O85VER)

...yo agradezco mucho mi doc (100VER)

...la que acabo de atender es de 40 años, se alivió bien, pero tengo comunicación con mi doctora porque ella sabe este... pues le pedimos ultrasonido, estudio y todo, ella también me ayuda a decir ésta sí, o ésta no (107VER).



Los chats en WhatsApp que el personal estatal y jurisdiccional de los SSVER ha creado han servido de apoyo a las parteras, sobre todo cuando hay casos de complicaciones de alguna mujer y ellas necesitan orientación de qué hacer o identificar la unidad de salud a dónde ir para resolver la situación. Cabe resaltar que esta práctica es más común en la región de la Montaña:

...los médicos que hemos estado comunicadas con ellos, yo los llamo - ¿qué hago con esto? -, ellos me orientan que hago o dónde los llevo o los bajo [...] si aquí no hay médico o no hay suficiente material, llevarlo a Río Blanco. Me orientan qué hacer y sí me ayuda mucho (078VER).

Las parteras de todo el estado reconocen el trabajo y el apoyo que han tenido por parte de la responsable estatal del programa de Intervenciones Comunitarias, así como del personal jurisdiccional. Las parteras están conscientes de que los recursos institucionales son muy limitados y reconocen que cuando se tiene algún recurso desde el nivel estatal, les apoyan para sus gastos sobre todo para asistir a las capacitaciones:

...a veces, hasta por ejemplo nos dan los pasajes, bueno a veces dicen que sobra recurso y nos dan, aunque sea para comprarnos un refresco, dependiendo de los gastos como van (078VER).

Finalmente, se reconoce como una buena práctica que hay personal médico de centros de salud de los SSVER que entregan certificados a parteras que están adscritas al IMSS-Bienestar; esto para reducirles el trabajo de ir en busca del certificado.

5.2 Recomendaciones

- En el primer y segundo nivel de atención, hacer campañas prácticas y continuas, con el personal de salud sobre los derechos de las parteras, de los pueblos indígenas, de la libre decisión de las mujeres sobre su atención y sobre el derecho a la identidad de los niños; a fin de promover que las relaciones se realicen en un marco de respeto y no discriminación.
- A través de capacitaciones o talleres, dar a conocer a las parteras sus derechos como parteras tradicionales indígenas.
- Prever que haya personal médico disponible para las emergencias en fines de semana y en horarios nocturnos en los centros de salud.
- Contar con personal hablante de lengua indígena para la atención de la salud materna en los servicios de salud que se ubican en regiones con presencia importante de esta población.



- Incentivar la transmisión intergeneracional de saberes con un reconocimiento pleno de la partería de manera que se inicie un cambio profundo en los imaginarios comunitarios con respecto a este oficio ancestral.
- Contar con una partida presupuestal para la partería desde el nivel federal para los estados, para que se utilicen los recursos en los programas de partería tradicional y se puedan otorgar a las parteras de manera periódica los materiales necesarios para la atención.
- Asignar un recurso federal para que se les pueda otorgar un apoyo económico a todas las parteras activas, pero sobre todo a aquellas que son mayores y sin condicionamiento alguno.
- Proporcionar servicios médicos gratuitos para las parteras y que éstos sean oportunos y de calidad para la atención de su salud.
- Actualizar el censo de parteras del SSVER, eliminando a aquellas que ya fallecieron o ya dejaron de ejercer la partería por vejez, para poder tener información más precisa y confiable sobre su presencia y distribución en la entidad federativa.
- Garantizar que el certificado de nacimiento no sea utilizado por el personal de salud institucional como un mecanismo de control y que las parteras sepan que tienen el derecho de obtener este documento para los recién nacidos que ellas atendieron, sin coerción alguna.
- Garantizar la expedición oportuna y gratuita de los certificados de nacimiento en el estado en las áreas de cobertura del IMSS-Bienestar.
- Promover un cambio de postura a nivel institucional, para que autoridades y personal operativo del programa IMSS-Bienestar conozcan y respeten los derechos de las parteras de atender partos y de las mujeres de atenderse donde ellas quieran; con la finalidad de que cese el hostigamiento a la atención del nacimiento a nivel comunitario por parteras en las zonas de cobertura de esta institución.

Capítulo 6

Yucatán

INFORME DE RESULTADOS CON PERSONAL DE SALUD Y PARTERAS (2022)

ELABORADO POR:

LIC. AIDE RODRÍGUEZ SALAUZ

DRA. PAOLA MA. SESIA



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE YUCATÁN

El Estado de Yucatán se localiza en el sureste de la República Mexicana, en la parte norte de la península homónima. Limita al norte y oeste por el golfo de México, al sureste por el estado de Quintana Roo, y al suroeste por el estado de Campeche; está dividido en 106 municipios agrupados en siete regiones: Poniente, Noroeste, Centro, Litoral Centro, Noroeste, Oriente y Sur.

En el último Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, se reportó una población de 2,320,898 habitantes en esta entidad federativa. En el estado se habla la lengua indígena maya, la cual es una de las tres lenguas con mayor número de hablantes en nuestro país: casi una cuarta parte de su población es maya hablante; 24 de cada 100 personas hablantes de lengua indígena (HLI) de 3 años y más, mientras que a nivel nacional son HLI seis de cada 100 personas. En Yucatán, el 74.6% de la población mayor de tres años se reconoce como maya. La población afrodescendiente es de 69,599 habitantes la cual representa el 3% de la población total del estado, mayor que el porcentaje a nivel nacional.

En el estado de Yucatán se tiene una baja incidencia en la mortalidad materna en comparación con el resto del país. Hasta la semana 48 de 2022 se habían contabilizado siete muertes maternas, de las cuales tres ocurrieron en la Secretaría de Salud del estado de Yucatán, tres en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y una no había recibido atención alguna; éstas representan el 1.2% del total de las muertes maternas ocurridas hasta esa semana en el país.

Los servicios de salud con los que cuenta el estado son los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) para personas sin derechohabiencia, con 140 Centros de Salud, 31 Unidades móviles, cuatro hospitales generales entre los cuales destaca el Hospital Agustín O'Horán en la capital del estado que es el hospital resolutivo para las complicaciones obstétricas, el Hospital Materno Infantil de Kanasin, un Hospital Psiquiátrico y el Hospital de Alta Especialidad. Además, cuenta con servicios sectorizados en entidades paraestatales de los Organismos Públicos Descentralizados de Salud (OPD)¹ con dos hospitales comunitarios (Peto y Ticul) y un Hospital de la Amistad Corea-México. También en el estado están presentes los servicios de salud del IMSS-Bienestar ubicados principalmente en zonas rurales e indígenas. Este programa tiene cuatro hospitales rurales (en Acanceh, Izamal, Maxcanú y Oxkutzcab) y 83 Unidades Médicas Rurales (UMR).

Oficialmente los SSY tienen registrado un número pequeño de 210 parteras tradicionales en su censo, el cual se actualiza constantemente. De acuerdo a los datos de nacimientos analizados en las bases de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos

¹ "Los Organismos Públicos Descentralizados de Salud (OPD) son entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio. Su administración está a cargo de un órgano de gobierno [...] con el objeto de dar cauce a las políticas federales y locales de salud en el marco del Programa Nacional de Salud vigente." Disponible en: <http://www.conasa.salud.gob.mx/interna/opd.html>; recuperado el 27/03/2023)

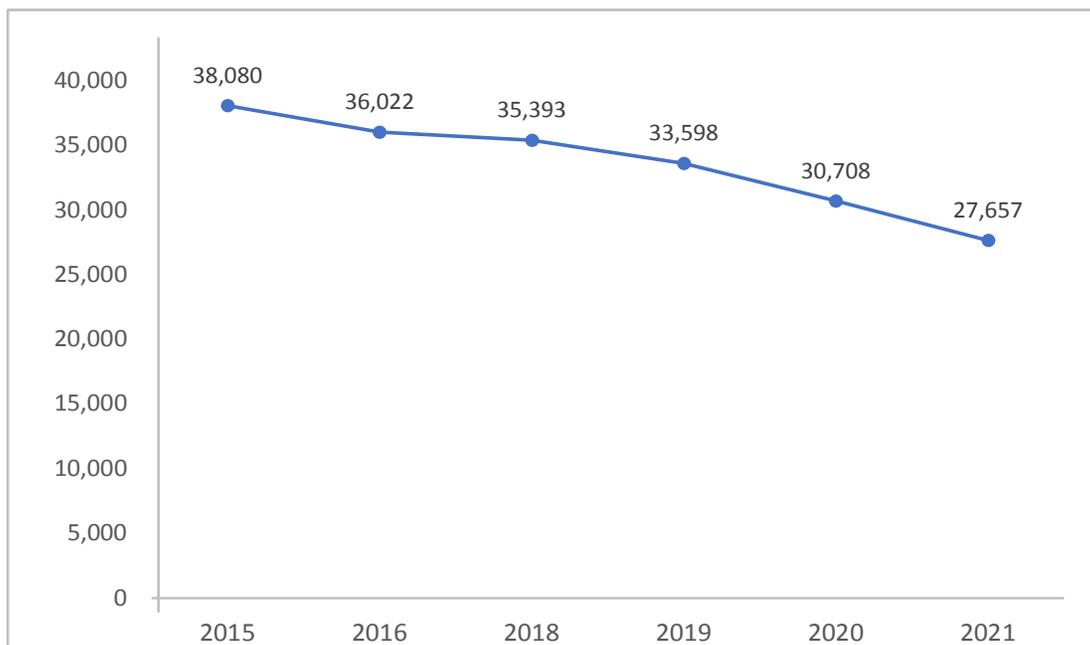


(SINAC) a nivel nacional el estado de Yucatán se ubica en el lugar número 11 de atención con parteras con 1.2% de nacimientos atendidos por ellas en el 2021, un porcentaje ligeramente menor al dato nacional de 1.8%.

Este porcentaje tan bajo llama mucho la atención, considerando que la población de Yucatán es mayoritariamente indígena y el estado presentaba una fuerte tradición de partería hace algunas décadas (véase Jordan, 1992); por lo que se supone que el proceso de desplazamiento y desaparición de la partería ha sido particularmente acelerado.

Se analizaron los nacimientos de los datos del Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC), desde el 2015 hasta el 2021, en los cuales se destaca que el número de nacimientos en Yucatán tiene la tendencia a la disminución en referencia a los años analizados (Gráfica 1), lo cual es acorde con los datos nacionales. Se identificaron los nacimientos atendidos por parteras en esta entidad y se observa que antes de la pandemia de Covid-19 había una tendencia a la disminución de la atención con parteras y en 2020 se registra un incremento significativo; para 2021 vuelve a disminuir, siguiendo la tendencia que se venía presentando antes de la pandemia de Covid-19 (Gráficas 2 y 3).

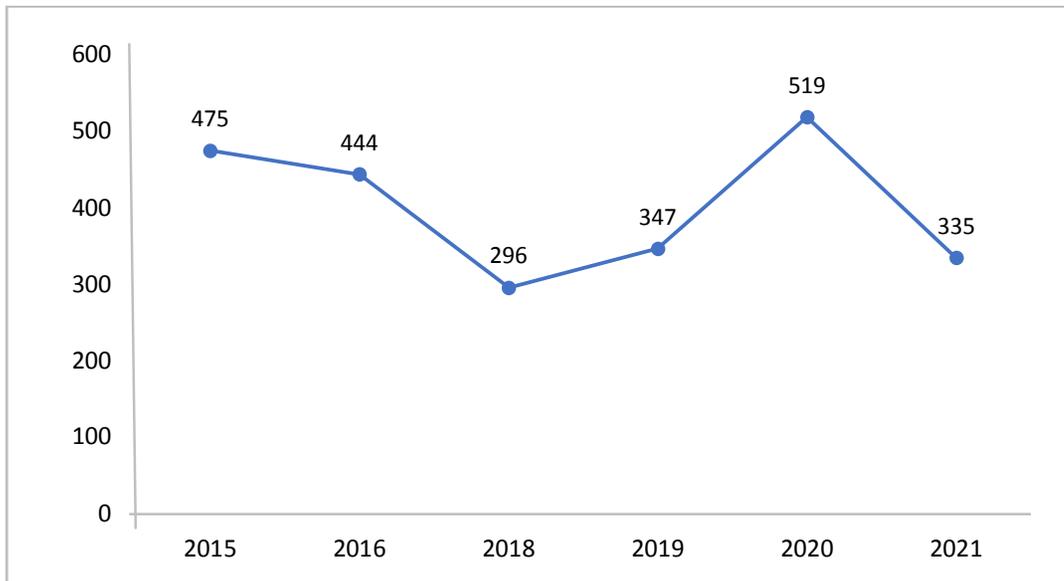
Gráfica 1. Nacimientos totales en Yucatán 2015-2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

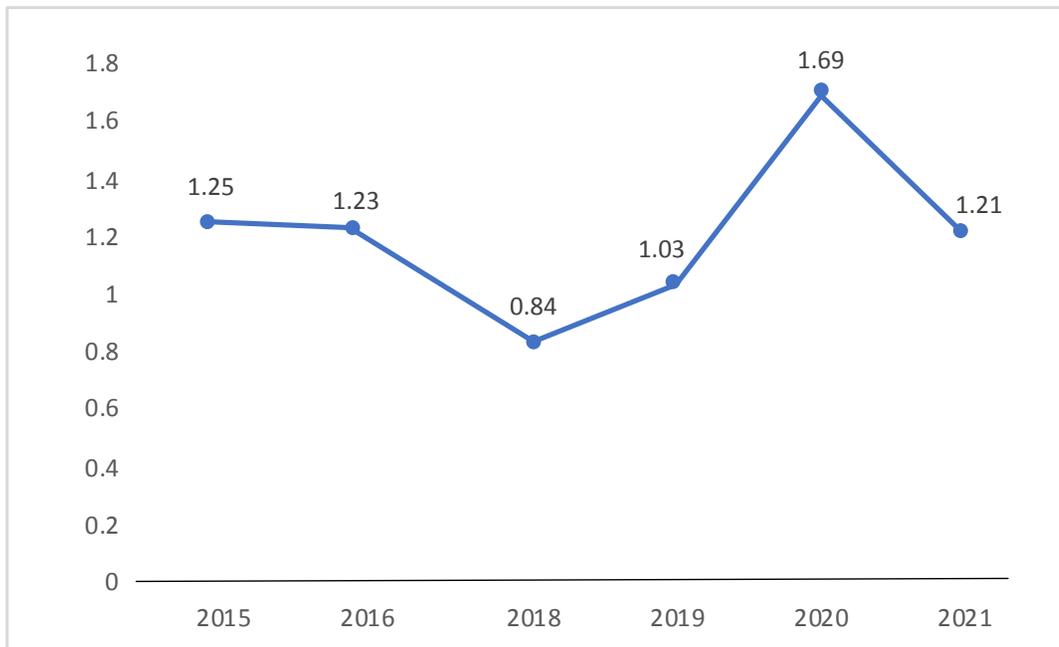


Gráfica 2. Número de nacimientos atendidos con parteras en Yucatán 2015 - 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

Gráfica 3. Porcentajes de nacimientos atendidos con parteras en Yucatán 2015 - 2021

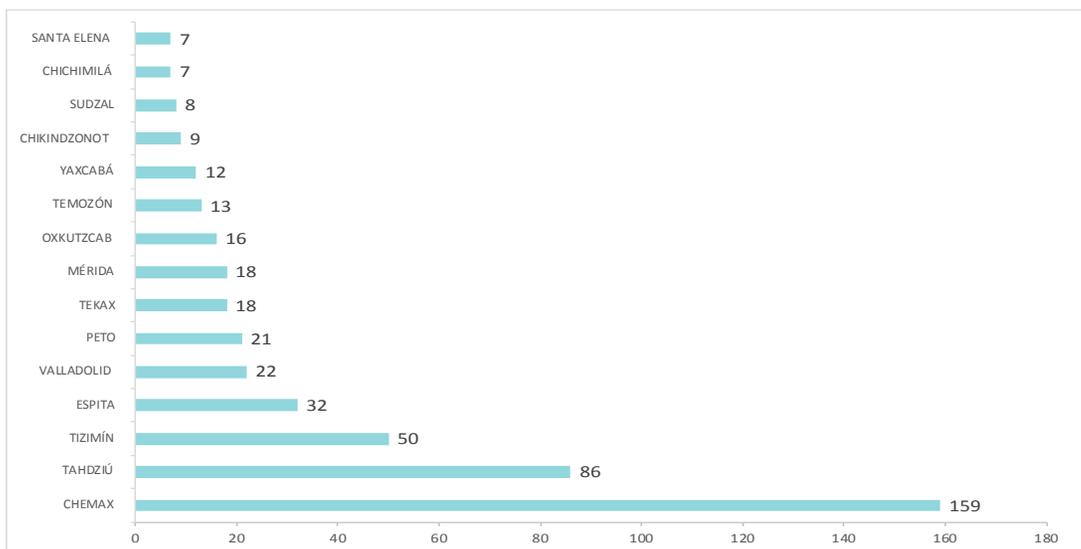


Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021



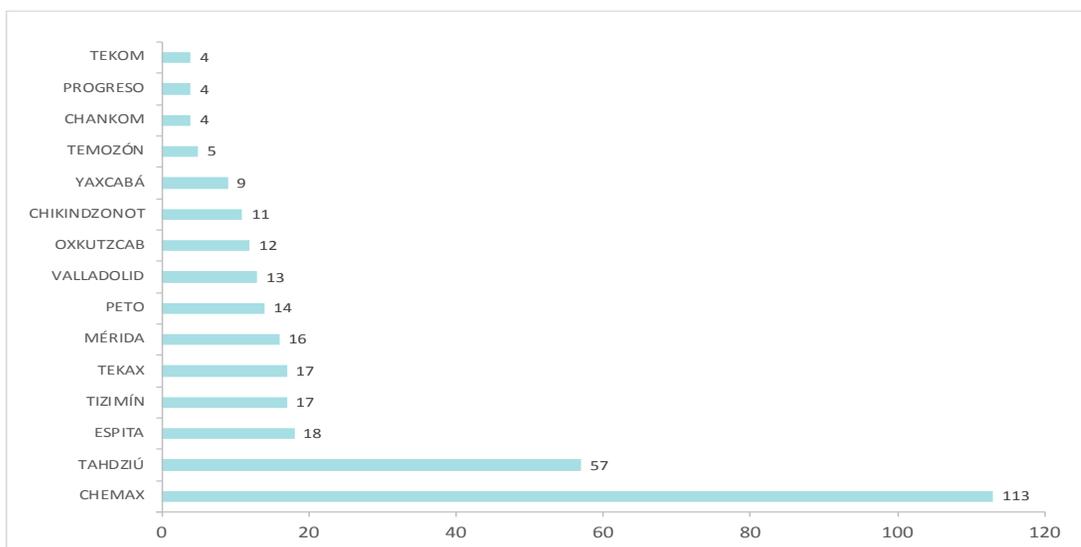
Los datos del 2020 muestran la participación activa de las parteras las cuales durante la pandemia jugaron un papel importante para la salud materna en sus localidades, sobre todo en ciertos municipios que se identificaron con mayor número de partos atendidos por parteras, entre los que destacan para 2020 y 2021, Chemax, Espita, Tizimin, Valladolid, Mérida y Peto, entre otros (Gráficas 4 y 5).

Gráfica 4. Partos atendidos por parteras por municipio, Yucatán, 2020



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

Gráfica 5. Partos atendidos por parteras por municipio, Yucatán, 2021



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021



A diferencia de otros estados (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) y de manera parecida a Veracruz, al revisar el dato de nacimientos registrados que proporciona el INEGI y que deriva de la información registrada en las actas de nacimiento emitidas por los Registros Civiles (donde el informante es la misma mujer y su pareja u otros familiares cercanos, por lo que se supone que la información de quién atendió el parto tendría que ser confiable), se reporta que para el 2020 el 1.33% de los nacimientos registrados fue atendidos por partera o enfermera, mientras que para el dato 2021 este porcentaje baja al 1.24%.² Como se puede ver, no hay una diferencia sustancial entre los datos del SINAC (los cuales de hecho registraron un porcentaje superior al INEGI para 2020, y un porcentaje muy parecido para el 2021 en ambas fuentes) y los datos de nacimientos registrados, por lo que se considera que en Yucatán, es muy probable que los certificados de nacimiento—que son la fuente de información de la base SINAC--reporten de manera bastante confiable los partos atendidos por parteras.

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

El trabajo de campo en el estado de Yucatán se realizó durante el mes de agosto de 2022 en seis de las siete regiones del estado, con parteras de estas regiones, autoridades de salud y personal operativo de los SSY, distribuidos en las tres jurisdicciones que integran los Servicios de Salud: Jurisdicción 1 Mérida, Jurisdicción 2 Valladolid y Jurisdicción 3 Ticul.

En total se realizaron 50 entrevistas, de las cuales 29 fueron con parteras, 20 con autoridades y personal de salud (Cuadro 1); y una entrevista al Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya en el estado de Yucatán (INDEMAYA) (véase Cuadros 1 y 2).

De las 29 entrevistas con parteras, 26 fueron individuales y 3 colectivas. En total se entrevistaron a 21 autoridades y personal de salud, una entrevista a personal del INDEMAYA y a 38 parteras de las cuales 32 estaban registradas en los Servicios de Salud de Yucatán y 6 al programa IMSS-Bienestar. En total, se entrevistaron a 60 personas a lo largo del territorio del estado (Ver mapa).

² Los datos de INEGI proporcionan información acerca del número absoluto y porcentaje de nacimientos registrados por año de ocurrencia, además de por quién atendió el nacimiento. En Yucatán, de los nacimientos registrados en 2020, el 86% ocurrió en 2020 y el 11.9% en 2019, mientras que el 2.1% restante se refiere a nacimientos registrados ocurridos en años previos. Los datos de nacimientos registrados en 2021, por otro lado, reportan que el 81% de los nacimientos registrados ocurrieron en 2021, el 14.6% fueron nacimientos ocurridos en 2020, mientras que el restante 4.4% fueron nacimientos ocurridos en años previos (véase: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/Nam-tosRegistrados2020.pdf> y <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/NR/NR2021.pdf> recuperado 12/12/2022).



Cuadro 1

Número de entrevistas	Cargo o responsabilidad
1	Subdirector de Normatividad Médica
1	Coordinadora Estatal de Salud Materna y Perinatal
1	Jefe de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud Estatal
1	Responsable Estatal de Partería Tradicional
3	Responsable del Departamento de Salud Reproductiva y Género de Jurisdicción
2	Responsable de Salud Materna y Perinatal de Jurisdicción
1	Responsable del Programa de Partería Tradicional de Jurisdicción
1	Ginecoobstetra - Médico Operativo del Hospital Comunitario
1	Trabajadora Social del Hospital Comunitario
5	Director de Centro de Salud
1	Subdirector del Centro de Salud
1	Enfermero (a) Centro de Salud
1	Enfermera de UMR
	Médico general de UMR
1	Jefe de Departamento de Atención Jurídica y Derechos Indígenas en el INDEMAYA
Total = 21	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del proyecto

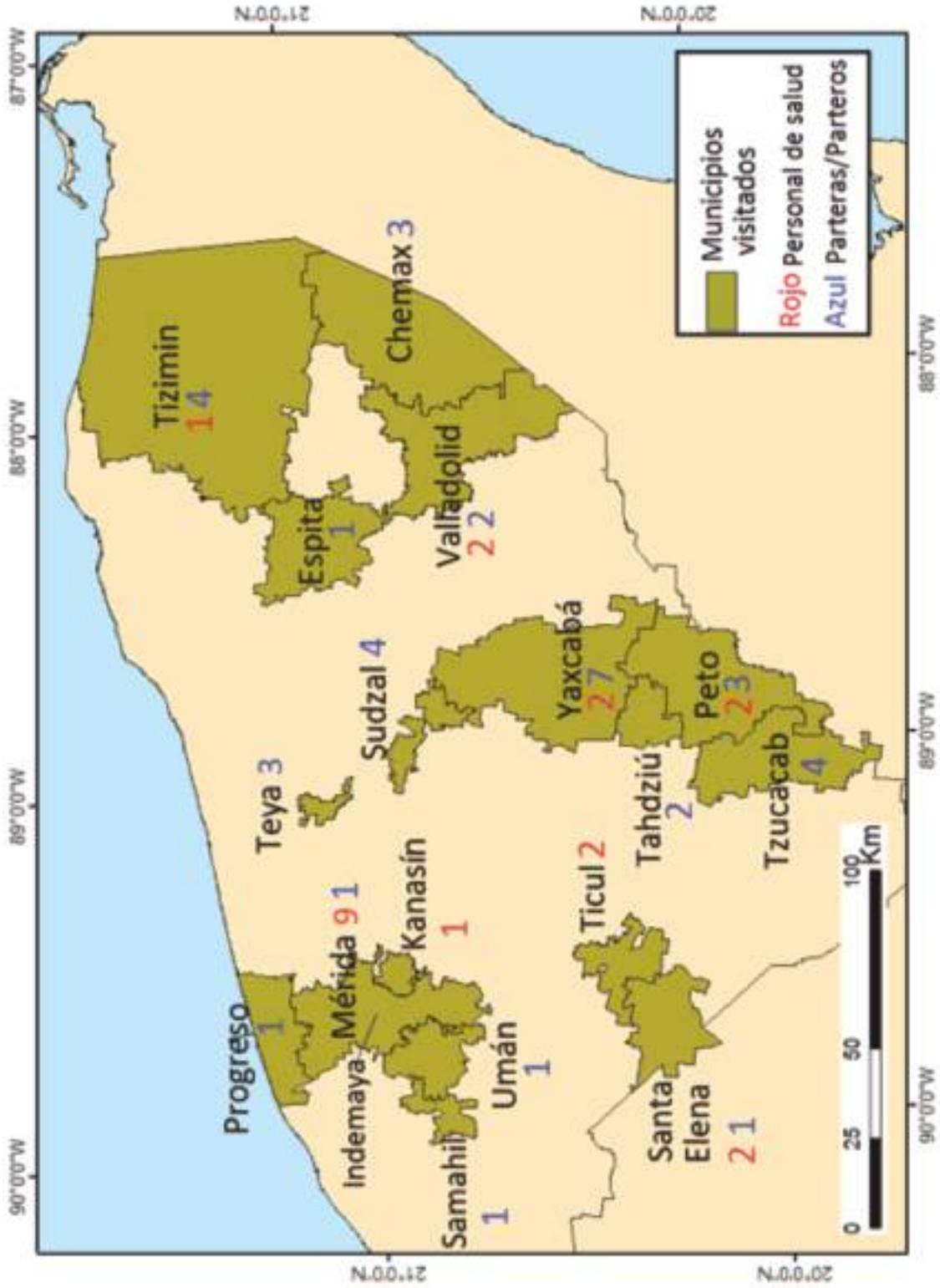
Cuadro 2

Entrevistas realizadas a autoridades y personal de salud	
SSY	4
Jurisdicción 1 Mérida	4
Jurisdicción 2 Valladolid	5
Jurisdicción 3 Ticul	6
UMR	1
INDEMAYA	1
TOTAL	21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del proyecto



Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Yucatán 2022



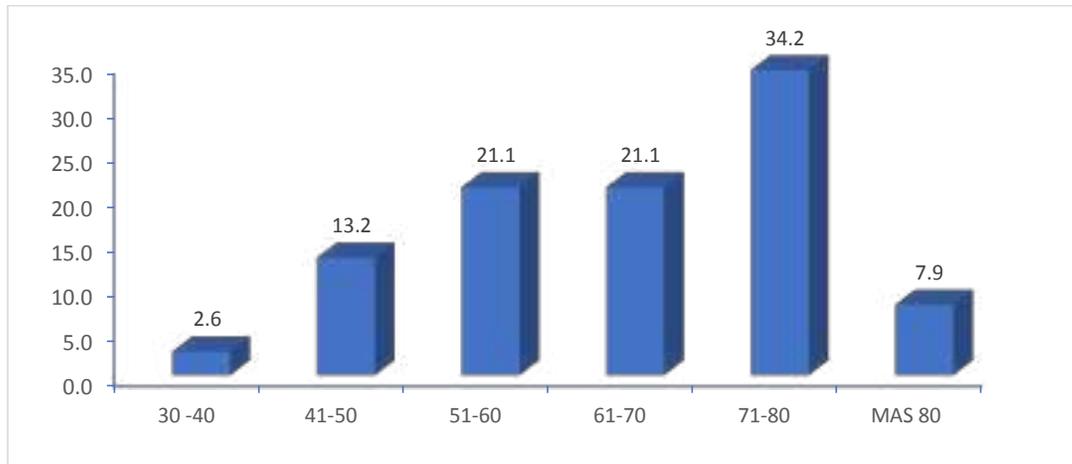
Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del Proyecto



2.1. Perfiles de las parteras entrevistadas

De las 38 parteras entrevistadas, 37 se autoadscriben como maya; casi todas son maya-hablantes. La mayoría de las parteras es mayor de 50 años, se concentran en el grupo de edad de 71 a 80 años con un 34.2% del total. Es evidente que existe un marcado proceso de envejecimiento en ellas, y que hay muy pocas jóvenes; de las entrevistadas, la más joven tiene 32 años y la más grande es de 87 años (Gráfica 6).

Gráfica 5. Partos atendidos por parteras por municipio, Yucatán, 2021



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con base en los datos de SSA, DGIS, SINAC, 2015-2021

Las condiciones de trabajo en que operan las parteras afectan su salud sobre todo en la vejez. Varias padecen de sus articulaciones porque soban hincadas en el suelo, ahora buscan sobar en una cama o en el piso con un banco, para aminorar el impacto en sus rodillas. Se encontró a una partera que enfermó de embolia que ella asocia a la extenuante carga de trabajo, otra más presenta vitiligo por estrés. La gran mayoría de las parteras más grandes tiene enfermedades crónico-degenerativas, con una prevalencia muy alta de hipertensión y diabetes.

Las parteras no cuentan con Seguridad Social y tienen un acceso muy limitado a los servicios de salud; es común que ellas recurran a los servicios privados pero cuando pueden pagarlos, ya que éstos son costosos.

El rango de lo que cobran por sus servicios va entre los 50 y los 300 pesos las sobadas y entre 500 y 5000 pesos los partos. No reciben apoyo económico alguno de los Servicios de Salud de Yucatán. Al parecer, las que están afiliadas al programa IMSS-Bienestar, reciben un pequeño apoyo de manera mensual o bimestral; eso es, a cambio de que ejerzan las funciones encomendadas de promotoras comunitarias y dejen de atender partos.



La mayoría de las parteras inician su labor porque adquieren un Don a través de los sueños el cual es muy importante porque es algo que se les otorgó y tienen que cumplir:

...a los 20 empecé a soñar que yo recibía, que yo aprendí por sueños. (097YUC)

...Entonces has de cuenta que el trabajo yo lo he hecho en otra vida pero mis bisabuelos mis bisabuelas fueron parteros, entonces yo creo que traigo el don en la sangre, nací con ello. Entonces yo digo no hay cosas que no pienso que puedo hacer y lo hago, como que lo he hecho en otra vida como que algo me guía, mi intuición o no sé algo que he hecho, la partería no la aprendí de nadie, nací con el don por medio de sueños. (102YUC)

También la partería se ejerce por una doble necesidad, una, para ayudar a las mujeres y la otra, por tener una fuente de ingresos. Una tercera parte de las entrevistadas ya no atiende partos, pero sigue sobando. La atención de partos ha ido disminuyendo en el tiempo, aun si hay unas cuantas parteras que atienden muchos partos. El no atender partos conlleva una pérdida de ingresos importantes para ellas.

2.2. Perfiles del personal salud entrevistado

En Yucatán, de las 20 entrevistas realizadas con directivos y personal operativo de salud, se incluyeron en primer lugar a las autoridades estatales; entre ellas, la Subdirección de Normatividad médica, la Jefatura de Salud reproductiva, la persona encargada del Programa estatal de Salud materna y perinatal y, finalmente la responsable del Programa estatal de Partería tradicional. De ahí, se visitaron a las tres jurisdicciones y se entrevistaron en cada una de ellas, a la persona encargada de la Jefatura de Salud reproductiva y a la responsable del Programa de salud materna y perinatal o directamente a la responsable del Programa de Partería tradicional. Finalmente se entrevistaron a seis directores/as o subdirectores de centros de salud tanto urbanos como rurales ubicados en las tres jurisdicciones, así como personal operativo de salud, incluyendo a un ginecobstetra de un hospital básico comunitario. Finalmente, se realizó una entrevista a una enfermera de una UMR del programa IMSS-Bienestar (véase Cuadros 1 y 2).

Las edades de los prestadores de salud se ubican entre los 22 a los 61 años; la mayoría es personal relativamente joven ya que la mediana es de 36 años. El tiempo en el cargo es variado; entre las personas que ocupan cargos, se identifica que su adscripción a la Secretaría de Salud es previa a ocupar el cargo actual. La autoridad entrevistada que más años (n=35) tiene trabajando en los SSY, ha ocupado el cargo en varias administraciones. De los prestadores entrevistados que llevan más tiempo ocupando el mismo puesto, se encuentra personal operativo; por ejemplo, un médico ginecobstetra con 15 años y una enfermera con 13 años. También se entrevistó a una persona que apenas estaba en transición como nuevo encargado de Salud Materna en una de las jurisdicciones. Cabe señalar que la gran mayoría no se identifica como indígena, solo una persona de las 21 entrevistadas.



En la actual administración estatal (2018-24), las autoridades de salud a nivel central y en las jurisdicciones que tienen a su cargo los programas de Salud materna y perinatal y de Partería tradicional llevan por lo menos tres o cuatro años en sus puestos, conocen a las parteras y generalmente las aprecian. Sin embargo, se identificaron diferencias entre las jurisdicciones, además de cambios que no permiten una continuidad para promover el Programa de Partería y seguir apoyando a las parteras. En la Jurisdicción 1, Mérida, se han tenido iniciativas de suma importancia para ejecutar el Programa de Partería tradicional e impulsar y apoyar a la partería; iniciativas que han impactado de manera cercana a la Jurisdicción 3 Ticul. Sin embargo, después de muchos años de dedicación y apoyo, la persona encargada de este programa en la Jurisdicción 1 se retiró a finales del 2022 y fue substituida por alguien nuevo sin la experiencia acumulada por la encargada anterior. Por otro lado, la Jurisdicción 2, Valladolid donde además se atienden más partos por parteras y hay una mayor concentración de población maya hablante, es la jurisdicción que tiene una menor vinculación con parteras, a causa también de cambios de personal en tiempos recientes.

2.3. Programas y estrategias estatales

Existe en principio una buena relación entre los Servicios de Salud de Yucatán y el Instituto de Cultura Maya (INDEMAYA), con el cual se ha firmado un convenio de colaboración para la política alrededor de la medicina tradicional. Se conformó un Comité Estatal de Medicina Institucional Maya e Interculturalidad en Salud, en el cual participan éstas y otras instituciones:

"Secretaría del Estado de Yucatán, la Secretaría de Desarrollo Sustentable, el INDEMAYA, y la Secretaría de Desarrollo Social y del Gobierno Federal, se encuentra SEMARNAT, IMSS-Bienestar, y por parte del INPI" (entrevista con personal INDEMAYA).

En este Comité Estatal en el que participan tanto los SSY como el IMSS-Bienestar, se delimita el territorio de cobertura de ambas instituciones, se enfoca a la atención en lugares donde no existen unidades fijas, se organizan para que las unidades móviles de una u otra institución atiendan en lugares dispersos donde hay mucho arraigo a la medicina tradicional y donde la atención con las parteras es importante para la salud materna:

...estamos inmersos en el quehacer estatal a través de este Comité Estatal, nos invitan a participar, en el cual se hacen los planteamientos y los seguimientos a acuerdos; en el cual cada una de las instituciones, en el cual incluso está el IMSS-Bienestar en ese Comité -que también maneja mucho el componente de partería tradicional- territorialmente llegamos a acuerdos de trabajo porque nosotros cubrimos ciertas áreas, el IMSS-Bienestar ciertas áreas, y trabajamos enfocados básicamente en la atención de la mujer embarazada, en el parto, en lugares donde no existen unidades fijas, en lugares dispersos, en lugares donde es mucho arraigo todavía de la medicina tradicional o de la atención del parto de estas, de este personaje, las parteras empíricas (PS20YUC).



Cabe resaltar que el INDEMAYA es la institución que otorga a las parteras las credenciales oficiales como un documento de identificación, aun si este documento lleva las firmas de este instituto, los SSY y el IMSS. Sin embargo, el procedimiento previo a otorgar la credencial, está a cargo de los Servicios de Salud de Yucatán:

pero la Secretaría de Salud está encargada de reconocerla, de darle su nombramientos y de llevar un procedimientos para que ellas tengan una credencial para que se identifiquen como parteras (entrevista con personal INDEMAYA).

En los SSY, se implementan los Programas de Salud Materna y de Partería Tradicional desde el nivel estatal y se articulan sus lineamientos a nivel jurisdiccional donde se coordinan, se dan directrices, criterios e indicaciones de operación, a través de responsables.

El Programa de Salud Reproductiva está constituido por varios programas o componentes: cáncer de la mujer, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud materna, y el de partería tradicional; de alguna manera todos estos programas están articulados entre sí.

...están articulados de una u otra manera, porque estamos hablando que toda esa población que manejamos, son mujeres, en su mayoría en edad reproductiva, en edad fértil, entonces sí están relacionados, son sinérgicos. (PS33YUC)

De acuerdo a la información oficial el objetivo del Programa de Partería Tradicional tiene por objetivo que:

Los habitantes que viven en Yucatán presentan una disminución del impacto de los determinantes que afectan negativamente la salud pública en el estado mediante la capacitación a las parteras tradicionales, para contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal, con un enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos de los pueblos indígenas.³

Las autoridades jurisdiccionales implementan estrategias en el Programa de Salud Materna y Salud Perinatal a fin de que lo que se realiza en el primer nivel de atención impacte en el segundo nivel, y disminuya la incidencia de la mortalidad materna y perinatal. Una de las estrategias consiste en que, desde la jurisdicción, se envíe un propuesta calendarizada de temas para abordar en las capacitaciones del primer nivel donde se trabaja de manera permanente con las parteras. La capacitación es una prioridad en el programa, ésta se centra en los temas de atención del embarazo, factores de riesgo y signos de alarma; todos ellos temas biomédicos. De acuerdo al personal de salud, uno de los logros que han tenido es que las parteras no atienden partos prematuros los cuales tienen la indicación de referir al hospital.

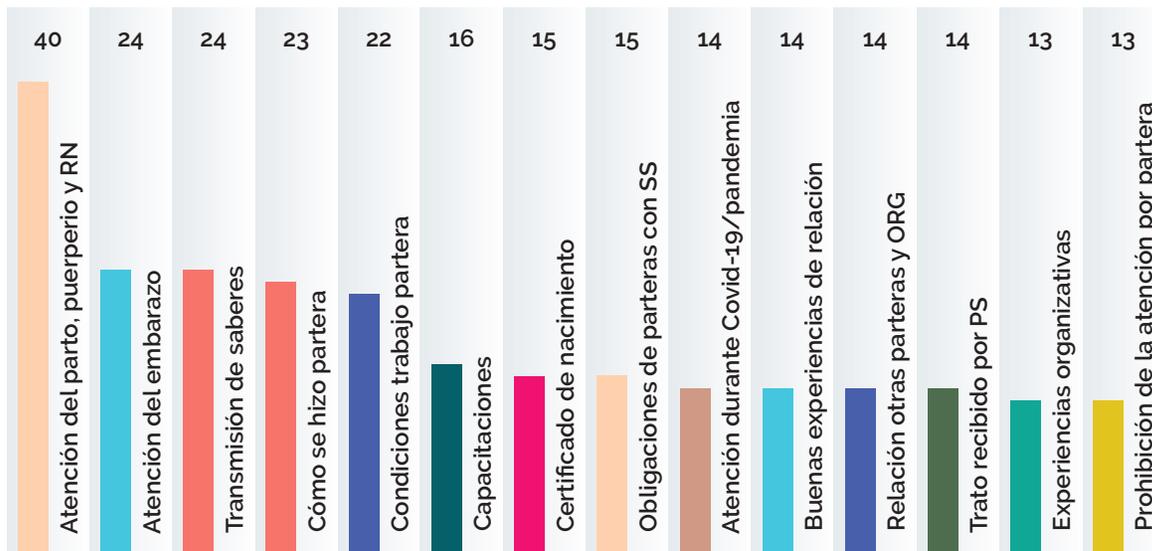
³ Véase: https://www.yucatan.gob.mx/ciudadano/ver_programa.php?id=139 (Recuperado 11/12/2022)



3. PRINCIPALES HALLAZGOS

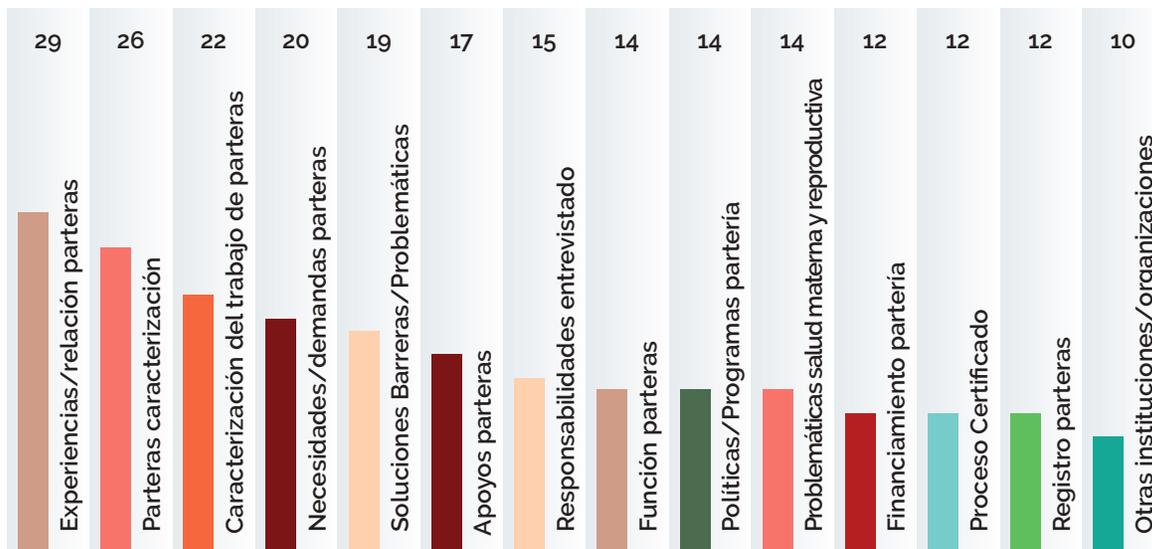
En el procesamiento de la información recabada en campo, se encontraron en el programa AtlasTi, los siguientes códigos con la mayor concentración, lo cual da una idea del contenido de la información recabada en las entrevistas y de los temas de alguna manera prioritarios que surgieron en el proceso del trabajo de campo. La distribución fue la siguiente, tanto para parteras, como para personal de salud (véase gráficas 7 y 8):

Gráfica 7. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi, entrevistas a parteras, Yucatán 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a parteras

Gráfica 8. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi, entrevistas a personal salud, Yucatán 2022



Fuente. Elaboración a partir de los datos arrojados por el programa Atlas Ti, entrevistas a personal de salud



3.1. Hallazgos desde las parteras

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 producido a partir del mismo modelo médico hegemónico, con la expansión de la bio-obstetricia:

...Ya nadie quiere [aprender], nadie. [...] Que porque aveces 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, uno o dos partos que recibes, ya se te va el miedo. (118YUC)

La construcción social del miedo es un fenómeno que se comparte con las mismas mujeres y sus familiares las cuales han introyectado de manera naturalizada, la ideología biomédica de que el parto es peligroso y el lugar más seguro para parir es el hospital:

...Sí y dice mi papá, no, dice, es de alto riesgo, no te vaya a pasar algo. Por temor, me dice, mejor no, mejor en el hospital, me dice así. [...] Pero aquí vengo a que me soben cada mes. (Paciente 23YUC)

Hay personas, también que todavía tienen ese miedo, todavía tienen ese temor, de tener bebé en casa y todavía prefieren ir al hospital. Y sí ellas no lo tienen, el marido tiene el temor y, entonces el marido no quiere que se queden en casa y mejor se van al hospital. Aunque ellas quieran quedarse en casa, si el marido dice que no, es que no. Y, de hecho, ya una chica que le estamos dando masaje, que ella sí quiere tener parto en casa, pero su esposo ya le dijo rotundamente ¡le dijo que no! Porque el marido tiene temor. Y nosotros siempre le decimos, ¿temor de qué tienes? Es que, qué tal si se complican las cosas, qué tal si esto, qué tal.... él está de que no y de que no y que se van al hospital. ¡Confía más en el hospital! O sea, con sus propias palabras así nos lo dijo: "no, es que yo confío más en el hospital" (YUC, no codificada).

El miedo que las mujeres tienen a atenderse con parteras y el miedo que tienen las generaciones jóvenes a volverse parteras son dos razones poderosas que 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 y los números tan reducidos 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 nacimientos y se dedican exclusivamente a sobar durante el embarazo:

Igual muchas, dicen que... son parteras, pero no atienden partos. Entonces, imagínate. Bueno, no atienden partos (096YUC).

Las parteras consideran que este proceso difuso de introyección entre las mujeres de la perspectiva biomédica de riesgo es el que provoca que sean las embarazadas las que ya no



buscan a las parteras para dar a luz pero sí, para que las soben; lo anterior, sin demeritar esta práctica, ya que es complemento de la atención del parto, pues en la sobada no solo se acomoda al bebé sino los intestinos, vejiga y a toda ella desde la primera sobada, y genera un bienestar en las mujeres que recurren a ella.

Muchas parteras comparten la perspectiva del riesgo y consideran que las mujeres ya no pueden dar a luz como antes porque no tienen la misma fuerza de antaño; eso derivado también de las “nuevas” enfermedades como la diabetes que ahora debilitan, que no permiten que las parteras puedan atender y que obligan a que las mujeres se alivien en hospitales:

En esa época no había mucho riesgo, ni presión, ni diabetes, nada (YUC, no codificada).

Anteriormente no había doctores cuando nacimos nosotros. Decía mi difunta mamá, pura partera, había doctores pero muy pocos. Ahorita pues, hay muchos médicos por eso creo que les dicen que no vayan que las soben, porque las van a lastimar, que porque no está bien que las soben y mucha gente no quieren que las soben, y yo como digo tampoco las podemos obligar, es la fe de ellos, pero muchos a mí, sí me conocen y vienen y las sobo. Les pregunto “¿Quieren ir al hospital?” Dicen que sí ahí van... (117YUC).

Además se menciona que las condiciones de trabajo son duras, las parteras tienen que costear la compra de materiales y pagar su propio transporte y esto es otro factor deterrente para que continúen atendiendo. En particular, el material para atender partos es caro, y en los centros de salud les dan, pero solo lo mínimo necesario:

Bueno, no atienden partos. Sí, no tienen dinero para comprar el equipo de parto. Pues es que son muchas [cosas]. Las agujas, por ejemplo, para suturar, son carísimas. El hilo, por ejemplo,.. el Doppler. Bueno, son muchas cosas que se requiere un equipo para atender parto. Sí, cierto el centro de salud nos da, pero lo básico, lo básico, pero no lo necesario. Entonces, todo eso tiene que correr por tu cuenta y el transporte. Sí, a la hora del parto no tienes quién te lleve.. (096YUC).

La partería se ejerce en condiciones de profunda vulnerabilidad estructural. Hay mucha pobreza, poca seguridad económica y ninguna seguridad social:

E.¿Tienes seguridad social?

-No.

E.¿IMSS?, ¿ISSSTE?

-No, nada. No pertenecemos. No, ni por ser parteras. No tenemos... Nada, no tenemos institución. No, ninguna institución nos avala (096YUC).

Además las parteras grandes se enferman, a veces por las condiciones duras del trabajo, las horas excesivas y el cansancio:



E: *¿Y por qué le dio la embolia?*

-*Ya me cansé, hay días que sobo siete, diez mujeres... Hay días que yo no descanso, ninguna hora.... [Me canso por] pues para atender a tantas mujeres, lavarles la hamaca, lavarles la ropa, eso es bien pesado. (105YUC).*

E. *¿Usted tiene alguna forma, tiene seguro para la vejez, tiene...?*

-*No tengo nada. Nada, por ejemplo, mi control de la presión, de la azúcar y todo.*

E. *¿Dónde se cuida usted? ¿Con quién va?*

-*... la Secretaría de Salud cuando tienen la metorfina que es para la azúcar, me lo dejan; lo que no tiene es la biclamida y eso lo compro. Entons, ahorita tiene más de seis meses que no vienen y yo pos, compro; la mayor parte de mis medicamentos los compro. Lo que es pa' la presión, lo que es para la azúcar, todo eso lo compro. Compro de la azúcar, la biclamida, la metorfina, el Losartán y el otro, son cuatro medicamentos que tomo.*

E. *¿Y está controlada su azúcar o tiene problemas?*

-*Está controlado, ya se controló mi azúcar porque el que me dio la... en que medio el dengue se alteró mucho mi azúcar. Sí, llegó a 400 y el doctor decía que, no sabe por qué se subió mucho mi azúcar, no sabe si es el estrés, si tengo problemas o por qué se alteró mi azúcar. Hace como dos meses... Y entonces, fue cuando él me empezó a cambiar las pastillas, me daban otros medicamentos, me empezó a dar medicamentos más fuertes para la –esta cosa que me dio –dengue. Porque no me pasaba el dolor, sufrí 15 días con dolor de cabeza con calentura y no me pasaba y tenía alta la azúcar y me tenían que tomar mi muestra diarios, tenían que tomarme de sangre. ¡Ay, un montón! ¡Gasté un montón! Le digo... (097YUC).*

La crisis por la pandemia y los recortes financieros desde el gobierno federal por la política de austeridad republicana han incidido negativamente en el financiamiento para acciones comunitarias, capacitaciones y la dotación de insumos a las parteras por los SSY.

3.1.1 Transmisión de saberes

En Yucatán, se está perdiendo el oficio de la partería y no necesariamente porque el sistema de salud lo esté hostigando abiertamente (con la excepción del personal de salud del IMSS-Bienestar que sí, lo ha prohibido de manera explícita aun si no abiertamente declarada). Como ya se mencionó, las mujeres han interiorizado el enfoque biomédico de riesgos y es común que prefieran atenderse en hospitales, mientras que las parteras sostienen que hoy prevalece el miedo y que además las embarazadas padecen comúnmente enfermedades como la diabetes y “eso les quita fuerzas”. Además, el oficio se ejerce en condiciones estructurales difíciles, con poca ganancia y el trabajo es pesado. Son pocas las personas jóvenes que se interesan por aprender.

Solo unas pocas parteras tienen aprendices que generalmente son sus hijas, nueras y/o nietas. En algunos pocos casos, son personas sin relación familiar. Cuando tienen aprendices, se trata de parteras que tienen mucho trabajo y mucha demanda. Algunas usan mucho las redes sociales y son muy reconocidas.



La transmisión de saberes es un proceso de aprendizaje complejo que lleva varios años, y es la partera maestra que decide cuando ya la aprendiz puede atender sola. Para este proceso de aprendizaje se requiere de práctica y mucha paciencia. Primero, enseñan a sobar e identificar el cuerpo de las mujeres, conocer las plantas y hacer medicina; solo posteriormente atienden el parto, ya que implica una gran responsabilidad el ser partera. También para aprender se tienen que enfrentar al machismo que prevalece en nuestra sociedad y en las localidades yucatecas, ya que ellas tienen que salir en la noche a atender a las mujeres o las van a traer los maridos de ellas. Esto generan chismes, y otros varones cuestionan a los maridos de las parteras que les “permiten a que ellas salgan a trabajar”:

...mi suegro, le dice a mi esposo, “Hijo por qué permites, ¿Por qué permitiste que tu mujer aprenda este trabajo?”. [...] “De horas de noche la traen hombres, su marido de la mujer. No sabes qué le hace a tu mujer en el camino” (097YUC).

Cuando pueden ejercer la partería sin estos cuestionamientos, se sienten libres. La maestra es la que avala los conocimientos de sus aprendices, ellas son las que indican cuándo las aprendices están listas para atender solas, mientras tanto hay un acompañamiento y un trabajo muy cercano con ellas. Algunas parteras sienten que no pueden trascender a otro plano y llevarse estos conocimientos y tienen que transmitirlos para que sus saberes perduren:

...yo estoy tratando que esto no se termine, estoy enseñando y ya enseñé a mi hija, ya enseñé a mi nieta” (097YUC).

...yo vivo para servir, entonces yo digo de qué sirve que haya aprendido esto si el día de mañana me muero, me llevo los conocimientos, que sé. Haz de cuenta que yo no haya vivido y digo pues sí quiero transmitir mi conocimiento, mi sabiduría porque yo sé que aunque ya no esté, puede seguir ayudando a las mujeres [...] Si yo no comparto, no transmito mi conocimiento, de nada sirvió que lo haya adquirido, que me lo hayan heredado mis ancestros, por mis abuelas, eso hay que dejarlo como quien dice dejar el legado ya sea para familia o para quien quiera aprender (88YUC).

3.1.2 Procesos organizativos

En el Estado de Yucatán hay una sola organización de parteras ubicada en Chemax, aunque está integrada por parteras de otros municipios: Tekom, Izamal, Chixindzonot, Espita, Dzitás y Valladolid, la organización se llama “Organización de Médicas Tradicionales del Oriente como el Despertar de las Mujeres que Curan”. Esta organización está conformada por parteras, sobadoras, alumnas de partería, médicas tradicionales y yerbateras. Se tuvo esta iniciativa desde el 2010 pero aproximadamente en 2017 se fundó como asociación civil.



Cuentan con un espacio donde se reúnen, este espacio fue construido con recursos de una donación por colaborar en un documental de partería, gracias a ello tienen el lugar en el cual se reúnen ya que carecían de éste y era una necesidad, más aún cuando estaban iniciando con la organización. Las parteras se sienten orgullosas de estar organizadas y tener autonomía:

...qué grande es Dios y qué justa es la vida que el universo cuando haces las cosas está a tu favor y ahora logramos esto y 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).

El estar organizadas ha servido para compartir saberes y trabajar juntas como parteras, lo cual es muy importante ya que muchas veces cuesta trabajo compartir y mucho más organizarse. La mayoría de las parteras en este estado están solas, algunas trabajan con familiares:

...como somos parteras, compartimos conocimiento de lo que sabemos de todo esto [...] entonces pues hicimos una organización y así trabajar juntas (102YUC)

Esta organización se ha vinculado y colabora con otras como APIS Sureste Fundación para la Equidad A.C., la cual trabaja sobre las violencias con las mujeres; ahora con la organización de parteras de Chemax están participando en un proyecto de crianza con buenos tratos.

A pesar de este acompañamiento la "Organización de Médicas Tradicionales del Oriente como el Despertar de las Mujeres que Curan" se sostiene con los recursos de las mismas parteras ya que no cuentan con algún financiamiento; se identifica esta necesidad en la organización.

...aquí hay aprendizajes pero dinero pues, no tenemos (102YUC)

Aunque muchas parteras no están organizadas, hay parteras que se apoyan y se acompañan entre ellas en las capacitaciones; unas pocas se apoyan en los partos. Generalmente son vínculos de colaboración que se crearon en las capacitaciones las cuales son espacios de socialización. O son vínculos entre maestras y aprendices.

3.1.3 Atención durante la pandemia

Los datos oficiales demuestran el incremento de atención con parteras durante la pandemia y en la investigación se documentó este aumento 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).

...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).

...si vamos al hospital y tienes un poquito de estornudo te pasan al área Covid y hubo como dos mujeres que fallecieron que era por Covid y fue porque las contagiaron allí (102YUC).

Se evidenciaron diferencias entre las jurisdicciones respecto a la atención con parteras. En la capital se les proporcionó materiales y la facilidad de transitar por las noches ya que había toque de queda:

-Es un gafete, que nosotras portamos. Que ese gafete es válido en todo el estado de Yucatán y no sé si en varios lugares y que eso nos identifica a nosotras como parteras ancestrales de Yucatán. Y que, si nosotras tenemos un problema en el sentido de que, por ejemplo, cuando la pandemia. Cuando la pandemia era un problema atender partos de madrugada. Porque todo estaba cerrado. Entonces, tú llegas al periférico de Mérida y dicen: "¿A dónde vas? No puedes pasar. Porque está todo cerrado por la pandemia. Entonces, tu sacas tu identificación, "soy partera y voy por un parto." Entonces, te dejan. ... Como toque de queda, exactamente [...] En Mérida teníamos un horario de restricción.... Nadie p[odía] salir, ni entrar a la ciudad, ni nada. Hasta la cinco de la mañana teníamos acceso otra vez para ir al trabajo y todo cierra siete, 10 de la noche, todo cerrado otra vez. Hasta tus calles, va. Solo puedes estar a la redonda. Ya si quieres avanzar 10 cuadras más, están los conos, ya todo está cerrado. Entonces, ese es el...

E. La credencial.

PM.La credencial te identifica (096YUC).

Por otro lado, en la zona oriente se descalificó a la partería y se sostuvo que todas las parteras estuvieran contagiadas de Covid y que no era viable la atención con ellas; algunas mujeres no hicieron caso y siguieron atendiéndose con las parteras a pesar del discurso biomédico:

...porque con la pandemia todo cambió mucho porque como te digo hay médicos buenos, hay médicos malos, la mayoría así son. Por ejemplo, para lo de pandemia, no dijeron que nos tenían[mos], nunca nos dijeron así, que nos capaciten, que nos digan así se tienen que cuidar... Cada quien que se cuida por su propio medio y entonces pues cada quien por su lado. Y entonces dijeron, ya no se pueden juntar y entonces las mujeres embarazadas pues van a su control y ya no las dejaban regresar con nosotras y entonces tocó [...] entonces que iban a hacer pruebas de Covid a todas las parteras, a



todas las parteras, nos hicieron la prueba de Covid y de las que nos hicieron salieron dos contagiadas y entonces los médicos aprovecharon, los médicos pasantes [...] aprovecharon: "no vayan con las parteras porque todas están contagiadas de Covid y si se van y se contagian allá ustedes". ... Entonces una de mis pacientes agarró y fue en el hospital y ¿sabes qué? "no vayas a ir con las parteras tienen Covid" [...] yo soy responsable de ser partera, de mi salud y la salud de mis embarazadas, si yo tuviera Covid no te voy a arriesgar y te diría sí tengo y no te puedo atender pero mira aquí tengo mi prueba, salió negativo, no te voy a engañar, si tú decides irte al hospital te vas y si decides quedarte, te quedas, como decidas. No pues yo no voy al hospital y que fue y venía la checaba, le faltaba y a lo último cuando vino: "ya va a nacer tu bebé" y como en una hora nació el bebé en mi casa (102YUC).

En algunos casos el escenario de la pandemia en sus comunidades generó mucho estrés y miedo al contagio:

...Yo no, mas que el vitíligo que tengo, pero eso dicen que es por estrés [...] Me he tratado mucho y no se quita y eso de mis manos me salió en la pandemia pero antes, sí lo padecí de chica pero se me quitó, entonces cuando entró la segunda etapa de la pandemia que murieron muchas personas aquí [...] Dios mío, si me contagio (102YUC).

Durante la pandemia se incrementó la higiene y las parteras tuvieron que protegerse haciendo uso de cubrebocas, guantes, gel, sanitizante, lo utilizaban tanto para sobar como para atender el parto. En la capital y en las localidades de la Jurisdicción 1, los SSY les proporcionaron algunos materiales, aun si para algunas parteras estos fueron insuficientes por la demanda que tuvieron.

...por la Secretaría de Salud nos dieron, nos dieron muchos tapabocas, caretas, todo (097YUC).

Bueno, si antes teníamos higiene, ahora con el COVID es el doble. [...] De hecho, tuvimos que comprar lo que es la bata, ¿bata quirúrgica? Pero, los desechables, gorros, guantes, este. [...] Para el parto, cubrebocas, porque pues antes vas así con tu bata normal que mamá tiene así blanca, normal así atendemos el parto. Vienes, lavas tu bata y ya, ¿no? Pero con lo del COVID, pues ya no se podía hacer eso. O sea, cada vez que vas a atender un parto o das un masaje prenatal o algo así, es tirar eso, cambiarte para otro y eso también corre por nuestra cuenta. Todo eso nosotros lo compramos (096YUC).

En otra jurisdicción, no les dieron materiales o lo hicieron de manera muy insuficiente:

Pues nosotras compramos lo que necesitamos, compramos cubrebocas, guantes, lentes o en su caso careta que usamos, nosotras lo compramos. Ahí sí, nada, nada. Con decirle, sí me enojé y hasta ahorita no hemos tenido una reunión o una plática o un curso de parteras con ellos para que yo se los diga; porque ahorita nos hablan porque si



para la fotito, para que llegue y ahí estamos con las parteras, pero para el Covid ¿cómo es que no nos hablaron? y dijeron: "¿sabes qué? Aquí les entregamos cubrebocas, caretas, guantes para que no se contagien;" ¿Quién se preocupó por nosotras? (102YUC).

Se identificaron diferencias en la demanda en la pandemia; también se observó que no todas las parteras tuvieron la misma demandas. En 2022 el escenario ha cambiado, las parteras consideran que ya disminuyeron los contagios pero también disminuyó la atención con ellas respecto a la demanda que tuvieron en 2020 y 2021.

...solo esa vez atendimos más, porque ahorita ya se volvió a normalizar. Cuando el tiempo del COVID teníamos como sies partos de cerca. ...Sí porque ya después que pasó el COVID bajó, pero durante el COVID sí recibimos como 20 bebés o 21 [...] En el Seguro les decían, "Hasta que sientan dolor, que sientan que ya va a nacer el bebé, se van porque no quieren los doctores que se contagien." Entonces, porque en el Seguro, en todas las clínicas había gente con COVID. Por ejemplo, en el O' Horan y entonces, ya nadie quería ir y es cuando a nosotros se nos abundó mucho el trabajo. Entonces, casi diario veíamos un parto, cada dos días, cada semana. Hay veces, ni la conocemos, hay veces ni hemos tocado a la mujer, ni la hemos sobado (097YUC).

Algunas de ellas enfermaron y sus familiares también, otras(os) más fallecieron por Covid, lo cual deja pérdidas humanas muy importantes porque reflejan un dolor muy profundo por la ausencia:

...Sí, porque a mi esposo le dio COVID y a todos nos dio COVID. Y, entonces, cuando mi esposo estaba en el hospital, nos dijeron que tenemos que nos hablaron por teléfono, todo pidieron. Creo que él dio todos los contactos de mis hijos y la mía, todo. Y nos dijeron que nos tenemos que hacer la prueba porque él salió positivo con COVID. ...Y tomaba té y tomaba té. ¡Todos tomábamos té! Cuando yo haga té una olla para todos. Todos mis hijos salieron positivos de COVID porque aquí estaba mi esposo y aquí lo atendíamos. Y entons cuando supimos que ya era COVID, lo llevamos y lo ingresamos todo.[...] Sí, él le atacó fuerte, a mí ya no.[...] Era solo diabético como con 28 años de diabetes y yo no era diabética, pero era, ¿cómo? (Hipertensa).

E. ¿En qué fecha falleció su esposo?

PRC. El 18 de octubre.

E. Del 20.

PRC. Del 20 (097YUC).

3.1.4 Relación con el sector salud

Las parteras en el estado de Yucatán en general, reportaron tener una buena relación con el sector salud. Se perciben algunas diferencias de acuerdo a la cercanía y a la relación establecida con el personal de salud y las autoridades de las jurisdicciones; al parecer se ha logrado entablar una relación más cercana y más horizontal en la región Noroeste que



corresponde a la Jurisdicción 1, mientras que en la región del Oriente es más distante y menos respetuosa.

Las formas de relacionarse son a través de los vínculos de colaboración que se establecen con la Secretaría de Salud. Cuando las parteras se registran con los SSY, éste se informa solo en la localidad de residencia de la partera para asegurarse que ésta tenga un reconocimiento comunitario: Solo después de averiguarlo, entonces los SSY las integran al censo; al formar parte del censo, invitan a las parteras a acudir a las capacitaciones.

Una de las ventajas que las parteras reconocen al estar afiliadas a la institución, es la entrega gratuita de materiales para la atención prenatal y obstétrica:

E1 ¿Y con qué materiales la apoyan aquí en la Secretaría?

-Pues acá en el centro de salud, nunca. Sí, nos dan, donde nos dieron aquí, es aquí de Valladolid. De la jurisdicción sanitaria. Sí, aquí sí me dieron materiales. Cada caja de guantes tiene 100 guantes, eso es una ayuda para mí, porque de antes todo comprado, porque vienen las mujeres para que yo las valore... y se van, y el de los guantes yo lo compro.

E2 ¿Es un gasto para usted?

-Sí, pero esta vez sí nos dieron una caja. La verdad, nos dieron un litro de alcohol, una caja de guantes, unas ligaduras, una perilla y cositas más, sí. Pero si nos apoyaron bastante (118YUC).

Sin embargo, varias mencionan que estos insumos o equipos nunca son suficientes y a ellas les toca costear la compra cuando se acaban:

E: ¿Qué le gustaría que mejorara con ellos [el personal de salud]

-Más guantes.

E: Eso le gustaría ¿Le dan algún apoyo? ¿Por parte de la Secretaría?

-Nada.

E: ¿Y de materiales?...

-Sí, 30 o 50 guantes para un mes o dos meses.

E: Pero si usted atiende un montón.

-: Sí.

E: ¿Y usted tiene que comprarlos con su dinero?

-Son 10 pesos el par.

E: Entonces tiene que gastar...

-Sí.

E: ¿Y los cubrebocas se los dan o no?

-Sí.

E: ¿Y son suficientes lo que les dan o no?

-No es suficiente (105YUC).



Las parteras tienden a coincidir con la apreciación de que el personal de salud generalmente no obstaculiza la partería tradicional y que hay autoridades y personal que sí las apoya, sobre todo los responsables de programas a nivel estatal o jurisdiccional y en los centros de salud de primer nivel de los SSY donde las conocen. Por otro lado, reportan que hay desconocimiento, rechazo y maltrato en el nivel hospitalario, sobre todo en el Hospital General O'Horan de Mérida que es el hospital resolutivo para emergencias obstétricas (y que no pudimos entrevistar, no obstante la solicitud hecha):

...En el O'Horan... no te permiten entrar aunque te identifiques porque eres partera, y no puedes entrar a hablar con el Director del hospital 'Horan. O no lo conoces porque todas las que están ahí cerca de donde están trabajando, "No está el director, está en una junta" pero diarios, diarios. El Director debe de estar 24 horas o 12 horas allá a trabajar, a pedir o a ver cuál es la necesidad de toda esa gente, hay gente en las sillas, hay gente en el suelo, hay gente que ni siquiera tienen cama... hay gente que necesita la atención humanitaria, no médicos, no enfermeras, gente humilde y humanitaria [...] siendo una persona que yo sé explicarme y corregir las palabras que puedo tener el privilegio de decir palabras más correctas no como las otras; si a mí me cerraron las puertas. Te imaginas una humilde de un pueblito que no sabe expresarse como debe ser, no sabe el español correctamente, no sabe sus derechos principalmente nuestros derechos como parteras tradicionales, no lo saben (088BYUC).

El testimonio anterior alude a un fenómeno de discriminación étnico-racial sistémica hacia las parteras maya; por ser indígenas, por ser pobres y por no hablar bien el español.

Hay parteras de la Jurisdicción 2 que reportaron que en algunos centros de salud, pero sobre todo en las unidades del IMSS-Bienestar, los médicos convencen u hasta obligan a las mujeres a que no vayan con las parteras y que se atiendan en hospitales. Una partera, muy consciente de sus derechos y de los derechos de las mujeres de atenderse donde ellas quieran, lo expresó de la siguiente manera:

Sí, haz de cuenta, defendiendo mis derechos y les digo no, no se puede, cómo es posible que nos digan... No se puede, es nuestro derecho seguir la tradición y la atención de partos en casa, si la mujer siempre y cuando el embarazo esté bien, no tenga riesgos, no tenga complicaciones, la mujer decide dónde parir si en su casa o en el hospital, Entonces ustedes, no tienen derecho a decirles... "Donde decida, ellas deciden, si deciden que con ustedes está bien, si me dicen que en su casa, yo atiendo su parto, así que ustedes no pueden decidir por ellas..." (102YUC).

Se reconoce la diferencia de trato entre las instituciones del sector salud en regiones donde están presentes tanto los SSY como el programa IMSS-Bienestar. Las parteras que se articulan con los SSY reciben los certificados de nacimiento en los centros de salud sin mayor problema, pero en las unidades del IMSS-Bienestar se los niegan. En el IMSS-Bienestar ha habido una política desde hace años de que no se deben de atender partos en el primer nivel de atención. El personal les ha dicho a las parteras que no pueden atender partos, por lo que



si hay parteras afiliadas a esa institución que sí atienden—normalmente partos fortuitos o de emergencia--esto genera un problema para las parteras de esta institución al momento de obtener el certificado de nacimiento. Pero el problema se extiende a parteras que están afiliada a los SSY, cuando éstas atienden a mujeres en zona de cobertura del IMSS-Bienestar:

-Por ejemplo, IMSS no nos respeta como parteras de la Secretaría de Salud, cuando atendemos partos que pertenecen al IMSS no quieren dar el certificado, pero si la mujer viene con nosotras aquí en ... porque somos de la Secretaría sí se lo dan, pero cuando si nace ..., haz de cuenta no quieren dar el certificado. Si nace en ... no le van a querer dar el certificado.

E: ¿Solamente sería si nace acá, para que por medio de la Secretaría le den el certificado?

-Exactamente se le dé, pero IMSS no se los da.

E: ¿Qué tan complicado es?

-Pues es complicado porque las mujeres quieren parir, pero como a veces no tienen la oportunidad de venir acá, no pueden y aunque yo las sobe acá, mejor se van al hospital. ¿Por qué? Porque no les dan el certificado de nacido vivo, nos condicionan con eso y entonces eso es un relajo que es algo que digo ¿hasta cuándo? Y las parteras del IMSS ellas no atienden partos, no atienden partos... Pues porque no se los permite el IMSS.

E: ¿Hay más posibilidad en la Secretaría?

-Exactamente (102YUC).

Algunas parteras han generado vínculos con médicos privados, con ellos han logran trabajar de manera colaborativa, ya sea que ellas envían a alguna mujer para que hagan su revisión con ellos o el médico les hable para que trabajen en conjunto un parto humanizado. Se generan buenas relaciones, incluso ellos les enseñan prácticas que ellas mismas puedan hacer para evitar complicaciones, ellas lo valoran mucho porque así evitan desplazar a las mujeres en el parto o en el puerperio. También así estos conocimientos, incluyendo los biomédicos de cómo reconocer complicaciones y cómo hacerle ante estas circunstancias, se van transmitiendo.

...Sí, muy bueno el doctor, muy buena gente. Gracias a él, mi abuelita aprendió la suturación y todo y ya ella, ya me enseñó, también a mí. Entonces, es cómo que una cadeni-ta (098YUC).

3.2 Hallazgos desde el personal de salud

Se identifica que el personal de salud encargado de los programas de Salud Materna de Partería Tradicional a nivel estatal proceden del área de enfermería; el personal del programa de Partería apoya al programa de Salud Materna y Salud Perinatal con las actividades y estrategias que lo integran; es decir que no hay un personal que se dedique exclusivamente a un solo programa: todos entran a apoyar y esto genera una sobrecarga de trabajo al personal de salud.



Se encontró personal de salud comprometido con la partería tradicional que ha trabajado a partir de un marco de derechos, reconociendo plenamente que las parteras tienen derecho a ejercer su oficio y que las mujeres tienen derecho a atenderse con quiénes ellas escojan. La encargada de partería en la Jurisdicción 1 al momento del trabajo de campo, ha afrontando situaciones de escasez de recursos, por lo que realizó múltiples gestiones por atraer otros actores como lo es el Patronato de la Beneficencia Pública del estado y una ONG que se llama Alianza Pediátrica Global en apoyo a las parteras y a su capacitación. Por ahora esta iniciativa se trabaja en la Jurisdicción 1, pero se está tratando de implementar también en las jurisdicciones 2 y 3.

... después de 10 años donde hemos tocado puertas, donde hemos caminado hombro a hombro tratando de defenderles los derechos de ellas, donde sabemos que ellas tienen derechos, la Ley General de Salud donde las regula el artículo 1 y 2 y el 64 de la Constitución donde también tenemos el 109, el 108, el 101, el 102, todos esos artículos en donde nos ayuda a hacer defensa del derecho de ellas también... O sea, nos dimos a la tarea de buscar esos apoyos, desafortunadamente en la Secretaría de Salud pues no tenemos mucho presupuesto. En realidad, el presupuesto que nos dan en el nivel estatal o federal es muy básico pero tenemos que buscar la manera de cómo ir pidiendo. Buscamos la ayuda con el Patronato de la Beneficencia Pública. A través del Patronato de la Beneficencia logramos entrar con una ONG que se llama Alianza Pediátrica Global la cual nos da todas las capacitaciones que pudiéramos pedirles para ellas. Hemos creado un vínculo, ellas y yo, fabuloso (PS23YUC).

Las autoridades jurisdiccionales reconocen generalmente que la muerte materna y neonatal no está relacionada con la atención del parto por parteras:

Casi no tenemos muertes maternas. Sí tenemos, no te voy a decir que no, pero se hacen las autopsias verbales y no fue por la atención del parto, ni nada. Es por otras cosas, por otras complicaciones[...] pero en cuestión de partería ninguna. Ninguna muerte ni materna ni ninguna muerte neonatal, ninguna (PS23YUC).

En general, las autoridades estatales y jurisdiccionales de los Servicios de Salud de Yucatán y la mayoría de los Centros de Salud no obstaculizan la partería tradicional. Las autoridades coinciden con las parteras que hay desconocimiento, rechazo y maltrato en los CESSA y en el nivel hospitalario, sobre todo en los hospitales:

E: ¿Y los médicos las respetan?

- Hay algunos que sí, hay algunos que no, como todo. Hay ese proceso en el que todavía no, pero ya.

E: ¿En dónde les cuesta más, en los centros de salud donde reportan?

- Siento que en los centros de salud más grandes, en los hospitales. En esos, siento que todavía hay un poquito de -no sea si sea renuncia o flojera- de no tener una carga más, ya sabes de documentos, papeleos o sea también voy por esa parte. Y también muchas veces el miedo que ellas tienen, que no se acercan por el miedo (PS23YUC).



El personal de salud coincide con las parteras que hay un proceso difuso de introyección entre las mujeres de la perspectiva biomédica de riesgo. Son ellas las que ya no buscan a las parteras para dar a luz pero sí, para que las soben:

...un grupo reducido [son] las que realmente atienden partos... La mayoría brinda la atención a la mujer embarazada, lo que llaman ellas sobadas pero sin atender partos, son poquitas las que tenemos [que atienden partos] (PS33YUC).

De acuerdo al personal de salud, en la ciudad de Mérida la mayoría de las mujeres que se atienden con parteras son extranjeras o fuereñas que están buscando el parto humanizado:

...Déjame decirte que la gran mayoría de las personas que vienen a atender sus partos aquí son extranjeros o sea ellos vienen a experimentar lo que es un parto humanizado, lo que es un parto en casa, lo que es un parto en bañera, lo que es un parto en posición vertical con las hamacas o sea todas esas cuestiones que a ellos les llama la atención (PS23YUC).

3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional

Las representaciones sobre las parteras del personal de salud de los SSY son diversas, no hay una visión homogénea de ellas, van desde las descalificaciones hasta la admiración y respeto. En general se considera que son:

"un personal que forma parte del equipo de salud" (PS33YUC).

El personal coincide que sus conocimientos son heredados por la mamá, la abuela, etc. y todos comparten la visión de que son mujeres de edad avanzada mayores de 70 años y eso limita su atención con las mujeres porque se llegan a enfermar o ya no tienen fuerzas como antes:

...la gran mayoría menciona que ya no se siente con energía o con fuerza, realmente las parteras que atendían partos ya están en una edad adulta, adulta mayor. Siguen viendo a las embarazadas por eso las tengo que mantener en el censo (PS46YUC).

El personal de salud se percata de que hay pocas aprendices en general; en particular, en la Jurisdicción 3 solo hay dos aprendices registradas, no hay jóvenes que están aprendiendo:

"no hay jóvenes, es ahí donde hemos estado perdiendo un poco de eso" (PS63YUC).

También se percibe cierta descalificación al decir que no tienen estudios, se cuestiona sobre los saberes de la partería tradicional y se pone en tela de juicio si es o no una profesión, adjudicándose que ellas hacen bien su trabajo por los conocimientos que han aprendido de la biomedicina y eso ha contribuido en la disminución de la mortalidad materna:



...las parteras empíricas no tienen estudio como tal. Pero por tradición y herencia de sus ancestros siguen conservando esa entrecomillada "profesión" de la atención del parto empírico. Empírico, pero hoy ya tiene ciertos conocimientos de la medicina alópata que practicamos y mucho han contribuido en disminuir obviamente el número de sucesos fatales en cuanto a mortalidad materna (PS20YUC).

De las concepciones positivas que se tiene de las parteras, se reconocen que no solo atienden a mujeres sino a la comunidad, haciendo uso de la medicina tradicional con hierbas, raíces, tallos, semillas de plantas. Se reconoce que son un actor importante en la comunidad. Declaran que son mujeres muy inteligentes y sabedoras, pero que han vivido procesos complicados en el ejercicio de la partería y no saben que tienen derechos, eso las posiciona en una situación de vulnerabilidad porque no tienen elementos para luchar:

...son unas mujeres muy inteligentes, pero todo lo que han vivido a lo largo de este tiempo las hace muchas veces retroceder. O sea el no, como no saben cuáles son sus derechos como que no, se detienen un poco a esa parte. O sea como que no pelean. (PS23YUC).

Reconocen que son personas con autoridad moral, muy serviciales, les gusta atender a otras personas, aprenden de otras parteras, además tienen un sentido de compromiso, de humanidad, hacen su trabajo bien, no cobran caros sus servicios y más bien lo hacen por ayudar a las mujeres, tienen mucha paciencia, hablan maya y eso favorece a la comunicación con las mujeres ya que se genera una relación más cercana. También se reconoce que se aprende de ellas, pues tienen muchas habilidades y conocimientos:

...nos enseñan mucho con todo lo que saben (PS63YUC).

... en realidad he aprendido muchas cosas con ellas o sea hemos tenido oportunidad de ir a sus casas a ver su trabajo, a conocer lo que hacen, a conocer su arte. Hay muchas que elaboran tés, jabones, muchas cosas, tenemos unas que hacen cápsulas, que cápsulas de placenta, hay unas que hasta tienen más sofisticado su maquinita para deshidratar y toda la cosa (PS33YUC).

Incluso, hay personal de salud que afirma su admiración por las parteras, por el tiempo que dedican al cuidado de las mujeres, el poco pago, su disponibilidad para colaborar con el sector salud y por los saberes que a veces ni el propio personal tiene; incluso, se reportan anécdotas de que a veces cuando las mujeres se complican, el médico va por la partera para que le ayude en el parto.

El personal de salud que ha trabajado un largo del tiempo y está muy comprometido con el programa de partería ha atestiguado cómo han ido cambiando las parteras en sus propias trayectorias de vida y de trabajo. Por eso, considera de suma importancia que las parteras reciban un reconocimiento en los servicios de salud como personal prioritario:



...pues, a raíz de lo que saben han estado creciendo y evolucionando [...] la partera de Tibolón, es nuestra partera más grande tiene casi 90 años, es una eminencia de la medicina, ha estado en el museo maya [...] ¡Son maravillosas!. Son cada una de ellas -hasta las aprendices- tienen algo tan maravilloso que enseñarte que, la verdad, te enamorarías de ellas, de cada una de ellas te enamorarías (PS23YUC).

...como personal prioritario en nuestros servicios de salud (PS33YUC).

Se sabe que hay otras parteras en la región como las parteras autónomas y las parteras que están inscritas en el IMSS-Bienestar. Para el personal de salud de los SSY a veces el caracterizarlas en un poco difícil por lo compleja que es su labor, pero también porque se encuentran ambivalencias en cómo concibe a la partera. Por un lado son muy buenas, generan confianza y por otra, algunos dicen que “no obedecen y son tercas”:

“toda la gente que va con ellas, tiene confianza” (PS21YUC).

.... fallecen dos que eran super buenas, pero terribles en el que, muy tercas. Porqué aunque les dijera, “Sabes qué, no puedes atender un parto, porque es mucho riesgo”. [...] No tenemos, no tienes tú certeza de cómo va a ser un parto. Sí, lo acomodas y tú sabes en el momento, pero no, tampoco tenía la higiene básica. Entonces, ¡Pero eran tercas y ahí atendían! [...] Sí, eran buenas. (risas). Salía el bebé (PS21YUC).

3.2.2 Funciones de las parteras y relación que se establece con ellas

Se nos reportó que el censo de la Secretaría de Salud de parteras se actualiza de manera constante. De acuerdo a lo reportado en el trabajo de campo, este censo contemplaba 210 entre parteras y sobadoras en el estado. La actualización del censo en las jurisdicciones se realiza cada tres meses y en las oficinas centrales de los Servicios de Salud de Yucatán se actualiza cada seis meses:

...El censo se hace cada seis meses, se actualiza el censo por jurisdicción donde se agregan a las nuevas, se dan de baja a las que ya no quieren hacer las funciones o las que fallecen (YUC no codificada).

Según el personal de salud, las parteras se dan de baja del censo cuando ellas lo deciden, ya sea por la edad o por enfermedad. Cuando alguna partera decide ya no ejercer su labor, primero le tiene que avisar a la comunidad y exponer los motivos por los cuales se da de baja.

...Muchas veces, cuando se dan de baja es porque la misma partera dice “ya no puedo”. Artritis, la movilidad le impide, se acercan al Centro de Salud y el Centro de Salud a la jurisdicción para darse de baja (PS20YUC).



...está enferma, ya no puede estar sobando. Tons, para que yo pueda cambiar a una partera, yo tengo que avisar a la gente, ¿sí? Que la voy a cambiar por tal motivo (PS21-YUC).

Las parteras tienen que estar en el censo de parteras tradicionales, contar con el registro realizado en la jurisdicción que le corresponda, acudir a capacitaciones en el primer nivel y a las convocadas por la jurisdicción y entregar un informe mensual de las actividades que realizó como sobar, control prenatal y la atención de los partos; la cual se denomina como “productividad”, ésta es supervisada por las jurisdicciones y registrada por los centros de salud. Entre las funciones de las parteras mencionadas por el personal de salud, se incluye el ser un enlace entre la mujer y la institución cuando las mujeres no acuden al control prenatal, o cuando no llevan a sus bebés a la vacunación o al tamiz:

...hemos podido descubrir [que hay mujeres] que no están atendiendo su control prenatal y la embarazada no va porque tiene miedo, porque tiene pena, porque no quiere que la vea el médico. De esa manera hemos podido detectar qué falla. Habla la partera, habla el médico y la convencemos para que pueda empezar a asistir, no... no más a ellas: convencer al esposo, al esposo sí, y convencerla a ella que es parte de su bienestar y del bebé. Hemos también detectado bebés que no han sido vacunados o sea desde hace muchísimos meses, que no van a que les pongan las vacunas que necesitan, que no les hacen su tamiz, o sea ellas están “ya nació tu bebé” y están pendientes “tu tamiz, y estamos en tal día, ya se tiene que hacer” así (PS23YUC).

Lo anterior indica la importancia que las parteras tienen para los SSY, asumiendo funciones comunitarias de articulación con las mujeres, sobre todo en regiones indígenas. También, es importante reconocer que estas actividades las acercan más a un rol de promotoras que es muy funcional para el sistema de salud; se trata de actividades que las parteras asumen y que cumplen como parte de “sus obligaciones”, aun cuando el sistema institucional de salud no les paga por sus servicios.

3.2.3 La certificación de las parteras

En el estado de Yucatán no existe una certificación de la partería por parte del sector salud como ocurre, por ejemplo, en Veracruz. Para ser partera tradicional reconocida por los SSY y para poder registrarse en esta institución, es un requisito indispensable ser reconocida, primero, por su comunidad. El reconocimiento de la partera lo realiza la comunidad y los SSY averiguan con las autoridades locales que efectivamente la partera sea reconocida como tal en su entorno comunitario. Cuando tienen aprendices, las maestra parteras son las que avalan las aptitudes de las nuevas parteras; generalmente esto ocurre cuando llevan a sus aprendices a tomar las capacitaciones que se les dan a sus maestras. En este proceso de reconocimiento, no interviene el sistema de salud:



...son unas personas que dentro de su comunidad tienen una representación. De hecho dentro de los requisitos para que ellas puedan participar con nosotros tienen que ser reconocidas en la comunidad como parteras tradicionales. Realmente nos han servido como un enlace entre la mujer embarazada y el Centro de Salud.[...] Cuando tenemos por ejemplo a una nueva partera o alguien se presenta como partera, se acude, por ejemplo, a hacer una entrevista a la persona o se hacen investigaciones en el centro de salud si la conocen a esta persona que atiende partos o haya estado trabajando en la comunidad en beneficio de las embarazadas (PS33YUC).

Los prestadores de salud mencionan que ha sido un trabajo para ellos poder identificar donde están ubicadas las parteras. Para ello, se visitaron a las comunidades para ubicarlas e integrarlas a la Secretaría de Salud:

...Cuando iniciamos hace diez años, contábamos con 11 parteras ahorita contamos con 50 parteras en la Jurisdicción 1 (PS23YUC).

...es un trabajo bastante fuerte el ubicar a las parteras. Nos dimos a la tarea de cinco años de localizar y ubicar dónde viven. Visitamos comunidades, llegamos al pueblo a preguntar quién era la partera del pueblo, la misma gente nos indica, porque ahí no hay direcciones ni calles, sino que se ubican con puntos de referencia. Y la localizábamos, localizamos a todas para poder censarlas.

E1: y si alguna mujer viene y se quiere registrar como partera: ¿que hacen?

-Ah, en ese caso vamos a visitarla y le explicamos de qué se trata y comúnmente cuando dicen que se quieren registrar quiere decir que ejercían la partería, pero no estaban con nosotros. Nosotros le debemos de explicar, es muy importante que se apegue al trabajo de los médicos, [...] le damos una hojita donde se da de alta, porque nosotros como Secretaría sólo le damos un gafete que la identifica como partera tradicional, pero no damos como constancia o algo así (PS63YUC).

No se identifica en el discurso de los prestadores de salud acerca de la necesidad de “certificar” los conocimientos de las parteras. Solo uno de ellos indicó que es importante la certificación pero más bien se refería al reconocimiento como un personal de salud prioritario dentro de los servicios de salud:

...también es muy importante la certificación de ellas, o más que certificación, que se reconocieran -como actualmente ya se está haciendo- como personal prioritario en nuestros servicios de salud (PS33YUC).

Para identificarse como parteras, los SSY proporcionan una credencial del INDEMAYA para acreditarlas como personal tradicional. Este documento sirve como un formato de reconocimiento gubernamental:

...Hasta hace poco tiempo, no tenían las parteras una identificación oficial por parte del INDEMAYA que les acreditara como personal tradicional, [...]. Ya por fin se pudo hacer como esa validación de nuestras parteras. Entonces ya se pudo, obtienen una



credencial oficial en la cual se hicieron gestiones con el INDEMAYA para que ya las reconozcan como personal de salud no profesional y ya que tenga como más validez. Porque antes les dábamos una identificación interna jurisdiccional en la cual firmaba nuestro jefe jurisdiccional, nuestro responsable de atención médica, pero no era algo que el gobierno del estado hubiera reconocido. Como eso, que se logro hace unos meses. Ahora ya están oficialmente reconocidas (PS33YUC).

El reconocimiento oficial pasa entonces por otorgar la credencial, aun si ésta no es expedida por los SSY.

3.3 Certificados de nacimiento

El certificado de nacimiento es un documento legal que por derecho se tiene que otorgar al recién nacido. En el estado de Yucatán generalmente no se presentan mayores obstáculos para otorgarlos a las madres y padres de recién nacidos atendidos por parteras, siempre y cuando estas últimas estén registradas en la Secretaría de Salud. Cuando llega alguna mujer o partera que no está registrada, se realiza un procedimiento diferente para poder obtenerlo. De acuerdo a las autoridades de salud, se han implementado candados para la entrega del certificado para evitar adopciones clandestinas.

El mal uso de los certificados es una problemática que también algunas de las parteras entrevistadas reconocen como tal:

Es que hay varios que hacen mal uso del comprobante de nacido vivo, que vende eso a otras personas que no son de acá, entonces pues es algo malo. Como digo, hay parteras buenas, hay parteras que hacen que no deben de hacer. Por ejemplo, hay personas que no saben ni de dónde salió el bebé, agarran y vendes el papel y ahí está mal uno. Entonces, varios lo hicieron y a todas generalizaron, aunque no estés haciendo lo mismo... Entonces ahora no se puede, porque como te digo, si una persona viene a pedirme [una hoja de] un nacido vivo ¿Cómo, si yo no atendí el parto o cómo si ya tiene más meses el bebé? Ahora cómo tu comprobante de nacido vivo lo perdiste, eso ya no me corresponde, vas al Centro de Salud y lo vas a pedir para que veas cómo, es que no se puede... (102YUC).

A las parteras que están registradas en los SSY, se les proporciona previamente una “Cédula de identificación del parto atendido por partera” el cual es un documento foliado (Ver anexo 1). La Secretaría tiene el control de quién tiene estos folios, en ésta se registran algunos datos generales sobre el recién nacido y las condiciones del alumbramiento; de esta cédula foliada, una copia va al expediente y la otra sirve como canje por el certificado de nacimiento. Para ello, deben acudir la partera y madre al centro de salud más cercano durante los primeros siete días del puerperio; de preferencia, previamente tienen que llevar el control prenatal en el centro de salud de cobertura. para acreditar el vínculo madre-hijo:



...las que están en la jurisdicción y que se capacitan cuentan con este formato- que sirve como un mecanismo de canje, lo vemos así, entre la atención y el otorgamiento del certificado de nacido vivo. Entonces la mujer, primero que todo, debió haber llevado control en su centro de salud, preferentemente para acreditar el vínculo madre-hijo, entonces una vez que ya la partera atiende al bebé deben acudir a la unidad con la cédula de identificación del parto: llevar a la mujer, para la revisión de la mujer y del recién nacido y en ese momento se hace el trámite administrativo de otorgar el certificado de nacido vivo y ellas entregan la cédula de identificación del parto a manera de canje. Eso es lo que se realiza (PS33YUC).

La mayoría de las parteras entrevistadas coincide en que, generalmente, no hay problema en la expedición del certificado de nacimiento por parte del centro de salud donde ellas residen y donde las conocen:

-El certificado de nacimiento: ya nosotras 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. Con todo el papel que les doy... y ya con todos sus papeles ya se van entonces al 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).

E: ¿Le dan a usted estas hojas?

-Ahí en el centro de salud es que me la dieron.

E: En el centro de salud. ¿Ahí le dan el certificado?

-Sí, ahí dan lo del parto (103YUC).

E2. Con el certificado de nacimiento, ¿alguna vez se lo han negado?

-Allá en el centro de salud, los llenan. Cuando yo vaya a reportar el trabajo, me dicen "Sabes qué, tal día vas a traer a la persona" para que le hagan la prueba del bebé, para que le chequen a la mamá, chequen al bebé de peso, hacen el certificado de recién nacido (114YUC).

-Pues, yo le doy la constancia de nacido vivo, que es una hoja foliada que se le ponen los datos de los papás, mi nombre, el nombre del bebé... Sí, es un documento válido para los trámites que tiene que hacer... La mamá da una serie de documentos para comprobar su identidad, su embarazo y un médico nos llena el certificado y ya salió su certificado. En el certificado les ponen que fue atendido por partera.

E1: ¿Y nunca ha tenido un problema con los certificados?

-No, porque el doctor de aquí es el que verá los certificados (86YUC).

Cabe destacar, que el certificado de nacimiento es llenado por el médico y para ello se tiene que apegar al manual de cómo llenar el certificado; se tiene un formato interno donde



se registra el nombre de la mamá y el folio de la cédula y el folio del certificado. Se proporcionan certificados de nacimiento en todas las unidades de salud de las jurisdicciones. El hecho de que en el censo no aparezcan registradas parteras en algunas zonas, no significa que esas parteras no puedan atender partos en ese lugar; por ello se proporcionan certificados de nacimiento extras a las unidades de salud, por si llegan a ocurrir nacimientos bajo estas circunstancias, ya que los certificados se expiden en el lugar donde nacen los recién nacidos:

...en cualquier unidad de la jurisdicción puede ser que la unidad no tenga parteras [registradas], ¿Que ocurre en Ucú? Ucú no tiene partera pero Ucú tiene el censo de parteras. Entonces, una partera puede atender un parto, supongamos que una partera de Mérida se fue a Ucú y lo atendió allí entonces la unidad de Ucú es la que expide el certificado ahí, de nacido vivo, aunque Ucú no tenga partera pero esa partera se puede movilizar pues por..., entonces todas las unidades están informadas de que existen las parteras, de que existe un censo (PS33YUC).

Según las autoridades de salud, si la mujer no llevó control prenatal en el centro de salud porque es usuaria del IMSS-Bienestar pero la estuvo atendiendo una partera afiliada a los SSY, se solicita un resumen de atenciones en la unidad de salud o algún documento que corrobore la maternidad; además se le realiza una revisión a la madre y al bebé para identificar datos de puerperio fisiológico inmediato (loquios transvaginales, involución de la matriz) y la lactancia y dejarlos asentados en una nota médica que indique que se corrobora el puerperio. Posteriormente ya se realiza el procedimiento para entregar el certificado de nacimiento.

Cuando una partera sin registro en el IMSS-Bienestar o en los SSY llega con un bebé solicitando su certificado de nacimiento, se notifica al área de Planeación y Gestión de la Calidad de los SSY y ellos se encargan de resolver el problema. Posteriormente, se invita a la partera a registrarse con la Secretaría:

...Se le canaliza a planeación, por ejemplo la unidad nos avisa y nos dice: "doctora fíjese que vino una partera con un bebé y no la conocemos". Primero, buscamos en nuestro censo, si no está, pedimos información a otras instituciones, si ellos la tienen. Y en caso de que no, se notifica a Planeación, Planeación y Gestión de la Calidad es un departamento que tenemos aquí arriba en donde ellos notifican a nivel estatal para que el estado notifique el procedimiento. El procedimiento fino para esto no lo sé porque normalmente nosotros notificamos que hay una partera o un bebé que nació y que no está dentro nuestro censo y ya Planeación le indica el procedimiento a seguir y pues una vez que ya le identificamos, se le indica a que, como no la tenemos nosotros en el censo y a lo mejor es de la unidad pero no la conocíamos, pues se le invita para que empiece a formar parte de las parteras (PS33YUC).

Según el personal de salud, el procedimiento para otorgar un certificado cuando la partera no está registrada, la mujer no asistió a control prenatal, no tiene documentos, y no la cono-



ce nadie, implica que se le da aviso a las instituciones pertinentes. En la región oriente es común que mujeres de Quintana Roo de localidades aledañas al estado de Yucatán, después de un par de meses de haber parido busquen el certificado; la jurisdicción envía una comunicación al DIF para que haga los trámites y el médico del DIF es quien proporciona el certificado de nacimiento:

...Cuando no hay formas de corroborar nada y la paciente que es muy común en nuestras comunidades que no salen al primer mes y a los dos o tres meses se acordaron que tuvieron un bebé con una partera que yo no tengo registrada y mi paciente ni la conocíamos que estaba en Quintana Roo, ahí sí lo paso al DIF municipal correspondiente. Porque, al final de cuentas, le van a pedir una constancia de su localidad o del comisario que redacte que es de allá, que conocía a la embarazada, identifican a la partera donde pertenece, para que el DIF pueda hacerle sus trámites correspondientes y podamos entregar un certificado que el médico del DIF rellene y registrará (PS46YUC).

Sin embargo, hay parteras afiliadas a los SSY que atienden en estas regiones fronterizas y que reportan haber tenido precisamente problemas con la obtención del certificado de nacimiento cuando las mujeres que han atendido son de localidades del estado vecino de Quintana Roo. Así lo expresa una de ellas:

Llegó un momento que nos dijeron que las parteras de Yucatán no pueden atender parto que sean de Quintana Roo, por ejemplo, Tulum acá está cerca, Cobá acá está cerca y entonces nos conocen y vienen a buscarnos y entonces dicen "si es de Quintana Roo no te vamos a dar el certificado de nacido vivo" (102YUC).

Estas situaciones necesitan resolverse de manera expedita. Con la excepción de estas situaciones, cuando se trata de la Secretaría de Salud, si se llega a presentar alguna situación con alguna partera es porque faltan documentos, lo cual se soluciona a través de una buena comunicación entre parteras y los SSY.

Como se mencionó anteriormente, en Yucatán el tiempo de registro de los recién nacidos es muy corto. Se les da a las parteras y a las madres siete días después del parto para presentarse y solicitar el certificado de nacimiento. El cumplir con este lapso tan corto, a veces puede representar un problema, por ejemplo, cuando la madre necesita más tiempo de recuperación. Así lo explica esta partera:

y entonces yo trato, la verdad, al día séptimo de ir a hacer este trámite al centro de salud urbano de Mérida y ahí reciben... Tenemos que ir a la primera semana que nace el bebé... Y a veces tienes que venir las correteando, ... es la primera semana a veces están deshidratadas las mamás, y sí te duele verlas porque todavía no se han recuperado y tiene que hacer el trámite, porque tiene que ir la mamá y el bebé a un lugar donde hay muchísima gente (86YUC).



Por otro lado, las UMR del IMSS-Bienestar no cuentan con certificados de nacimiento, ya que se tiene prohibido atender los partos en primer nivel o por parteras. Cuando las parteras del IMSS-Bienestar llegan a atender un parto, existe el riesgo de que al recién nacido no se le proporcione el certificado de nacimiento. La partera tiene que levantar una acta donde menciona cómo llegó la mujer y cómo es que la partera la llegó a atender y dar toda una serie de explicaciones a las autoridades de esta institución, para que se le pueda otorgar dicho certificado, ya que los únicos autorizados a atender el parto son los médicos en el segundo nivel de atención. Así lo describe una partera:

-Y las parteras del IMSS ellas no atienden partos, no atienden partos.

E: ¿Por qué?

-Pues porque no se los permite el IMSS (102YUC).

Incluso, el personal menciona que nunca aparecerá en un certificado del IMSS el nombre de alguna partera ya que:

... Certificado de nacimiento no va a aparecer el nombre de la partera [...] Porque nunca va a tener un parto (PS21YUC).

Ante la política del IMSS de no atención al parto por parteras, en la región de la zona oriente, si una UMR o una partera de esa institución solicita apoyo a un centro de salud para poder facilitar los certificados de nacimiento de las parteras que atendieron parto en su zona, las autoridades de los SSY sostienen que ese apoyo se les otorga siempre y cuando se corrobore de que el niño es el hijo de su madre biológica:

E2. ¿Y con lo del certificado de nacimiento ellas pueden venir a tramitarlo también?

- Sí, claro que sí. Por ejemplo, si llega una mamá que dice, "Tuve mi bebe acá", les hacemos sus certificados.

E1. ¿Y no le correspondería al IMSS dárselos?

-No hay ningún problema. (PS43YUC).

Sin embargo, se identificó una cierta ambigüedad entre lo que se hace en el primer nivel y lo que se dice según las autoridades jurisdiccionales de esta zona del Oriente:

...Tenemos el tema de que, a veces, vienen las parteras que pertenecen al programa de IMSS-Bienestar que yo no tengo ese censo y no conozco de ellas, van a mis unidades, van a mis localidades de IMSS-Prospera, están en mi jurisdicción. Entonces es ahí donde se vuelve un problema porque yo no conozco si están realmente censadas, no tengo una información de ellas, no tengo información de las embarazadas, no tengo información de nada, entonces siempre les digo a los médicos que se apeguen a su manual del certificados (PS46YUC).



Hay parteras que reportan haber enfrentado problemas en obtener certificados de nacimiento, justamente cuando se trata de haber atendido a mujeres que residen en zonas de cobertura del IMSS-Bienestar o están afiliadas al IMSS:

E2 ¿Y nunca le han negado entonces el certificado?

-Pues, una vez sí, porque una muchacha de la pandemia llegó de Mérida... y entonces de repente se alivió la muchacha, como es tercera, pues rápido su parto, y entonces yo agarré la lista se lo traje aquí en el centro de salud y me dijo el director "Oiga doña Martha, sabe, usted aquí no lleva su control de la señora, no le podemos dar el certificado." Me dijo, "Pero haz tu carta y lo mandas a Mérida para que se lo puedan dar en Mérida a los papás, porque allá están llevando su control de la señora, en el Seguro Social" . Hice mi carta, todo como me dijo el doctor, lo hice, se la llevé, la llevaron. Llegan a Mérida siempre le dijeron "¿Dónde nació el bebé? Allá debe de salir [el certificado de nacimiento]". Llegaron y me dicen "Sabes qué, doña Marta, no se pudo, ¿Qué vamos a hacer ahora?". Estaban desesperados, cómo se va a hacer, porque pues necesitan su certificado del bebé.... A la primera sí [se lo negaron], pero este sí se lo entregaron. Cuanta cosa hicieron los papás, ... sí es cierto, cuántos viajes por los pobres, pero así salió (114YUC).

-Entonces aquí sí se le da el certificado pero tiene que nacer aquí en Chemax, si nace en X-Catzín no se lo dan.

-E: ¿Entonces de alguna manera las restringen a una zona, o a una área?

PJP: Exactamente, sí, por ejemplo, IMSS no nos respeta como parteras de la Secretaría de Salud, cuando atendemos partos que pertenece al IMSS no quieren dar el certificado, pero si la mujer viene con nosotras aquí en Chemax porque somos de la Secretaría sí se lo dan, pero ... haz de cuenta no quieren dar el certificado, si nace en X-Catzín, no le van a querer dar el certificado.

E: ¿Solamente sería si nace acá para que por medio de la Secretaría le den el certificado?

PJP: Exactamente, [para que] se le dé. Pero IMSS no se los da (102YUC).

Cabe resaltar que los certificados de nacimiento no los administra el Programa de Salud Materna, sino el Departamento de Certificados, el cual se encarga de la distribución y control de los mismos; este departamento sí lleva el control de las cédulas foliadas y sabe cuántos certificados de nacimiento esperar de acuerdo a lo que van entregando a cada centro de salud.

...Los certificados mi programa no los maneja, sino el Departamento de Certificado (PS46YUC).

...nosotros con ese folio tratamos de llevar un control. Les entregué cinco a esta localidad, me devolvió dos, tengo que esperar que haya dos nacimientos según la localidad (PS46YUC).



Las autoridades de salud de dos de las jurisdicciones indican que cuando el parto es atendido por partera, se pone que ella lo atendió y que el certificado lo llenó el personal de salud:

...Sí, se reporta atención por partera, en el certificado se rellena el registro atendido por partera y certificado por otro médico (PS46YUC).

...eso lo firma el médico, pero hay un apartado del acta donde dice quien atendió el parto y ahí se especifica que fue con partera (PS63YUC).

Por otro lado, las autoridades de la Secretaría de Salud mencionan que firma el médico y se marca la casilla poniendo a la partera como la persona que atendió el parto. Las parteras tienden a coincidir que el procedimiento sea así, que el médico llena el certificado, pero marca en el mismo que la partera atendió el parto; aun si algunas parteras sostienen que ellas son las que firman los certificados, lo cual hace suponer que haya posibles variaciones entre centros de salud o entre jurisdicciones en cuanto a quien firma:

E: ¿Le ponen en el certificado si usted atendió el parto?

-Sí.

E: ¿Usted firma el certificado o nada más esa hoja?

PAY: Solo mi nombre (105YUC).

Yo firmo... Si no lo firmo, no se los entregan... Sí, yo lo firmo (114YUC).

Puede ser que, en ocasiones el personal médico ponga que ellos atendieron los partos, lo cual genera un subregistro en los datos de nacimientos por parteras:

...A la partera, eso ya se le dijo al centro de salud que se ponga a la partera, porque luego las parteras atienden el parto y si lo atienden otro personal ya no se carga a la partera. Pero cuando nosotros hacemos el filtro [...] ya no nos cuadra lo que ellas nos están informando con lo que está en el sistema [...] entonces igual ya se les notificó a las unidades que tienen que marcar, que tiene que marcar que la partera la atendió, aunque les cueste [...], Ya igual el personal ya no está tan renuente a llenarlo, porque es algo que ya viene de indicación de oficina central que viene de las tres jurisdicciones que igual viene de planteamiento que ya está en jurisdicción, quienes dan los certificados de recién nacido. Pero esto es reciente, hay un subregistro todavía, pero estamos... pero pues estamos poco a poco (YUC no codificada).

Es necesario tener el certificado de nacimiento para que les puedan realizar el tamiz neonatal a los bebés, por eso también es fundamental que se pueda acceder a este documento:

...para que le tomen su tamiz al bebé le piden su certificado de nacido vivo (PS63YUC)



A partir de la información proporcionada por las autoridades en salud y de los datos proporcionados por las parteras mismas, se identifica en Yucatán que existe una ruta definida, aún si no siempre fácil, para la obtención de los certificados de nacimiento.

3.4. Capacitaciones

Las capacitaciones que se dan actualmente en los SSY han dado un giro importante a partir de que se establece la colaboración con una ONG llamada Global Pediatric Alliance (GPA); a las parteras les ha gustado mucho lo que el médico de GPA les ha enseñado, tanto a nivel de contenidos como de metodologías de enseñanza-aprendizaje. Varias parteras han comentado que, además de ser didácticas, las sesiones rompen con las capacitaciones que se tenían anteriormente:

...nos da capacitaciones, porque [en] las capacitaciones aprendemos muchas cosas buenas, porque a veces un parto no sale [...]. Al tener las prácticas y las clases de diferentes médicos pues aprendemos muchas cosas (088Yuc).

...una de las cosas de las que se quejan las parteras aquí, y yo ya lo vi, es que nos hacen ir a las capacitaciones que son: aburridísimas [es] más, no son efectivas con así como una imposición que sufrimos y aparte a veces no hay traductores, entonces llegan las mujeres indígenas, y nada más llegan a sentarse y como que oír otra lengua, es una cosa espantosa, Chiapas. Y aquí hemos tenido en las capacitaciones cuando empezamos, que se tardaron, pero eran buenísimas (087YUC).

Por la pandemia, las capacitaciones se habían cancelado desde el 2020, pero en octubre del 2021 se reanudaron, por lo menos en la Jurisdicción 1:

...Tuvimos capacitación el año pasado y creo que fuimos una seis veces, en tres meses concentraron todo lo que debió de haber sido a lo largo del año. Viene un doctor, pero es decir desde Comitán y colabora con el Movimiento Nich Ixim, pero es la Alianza Pediátrica Global. Entonces él vino y nos daba capacitación, separaban a las parteras [...] nos daba capacitación a los grupos y era super interesante porque eran como que temas de esto, 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 el doctor que venía, se veía que realmente disfrutaba estas capacitaciones también 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 toda esta parte. 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, entonces fue super interesante con mucho material, con las pelvis, ¿muchas parteras han visto a pesar de que trabajan con pelvis, esta 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).

En alguna de las sesiones, GPA regaló maletines con materiales a las parteras; los cuales fueron muy bien recibidos por ellas. Además de esta ONG, se tiene el apoyo del Comité de Beneficencia Pública y del Club Rotario, los cuales contribuyen con el desayuno, coffee-break para las capacitaciones e incluso en algún momento han apoyado con los gastos para los pasajes de las parteras.

Se identifican diferencias en la zona oriente, ya que en la Jurisdicción 2 no han tenido capacitaciones además, que al parecer éstas no han sido adaptadas a nivel didáctico y algunas personas consideran que son monótonas:

...Pues ahorita no hay capacitaciones. Desde que empezó la pandemia no ha habido capacitaciones y hasta eso ya me la sé, me la recito durmiendo (102YUC).

La relación de las parteras con los servicios de la Secretaría de Salud parece darse de manera frecuente ya que las parteras cada mes realizan un reporte al centro de salud de su adscripción, en éste indican cuántas mujeres atendieron tanto en el control prenatal como en el parto y puerperio. La comunicación para invitar a un curso de capacitación se da directamente desde la jurisdicción a las parteras o se avisa a través de los centros de salud.

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1. Problemática y demandas de las parteras

Para las parteras es muy importante poder trabajar de manera conjunta con los médicos ya que consideran que el trabajo que realizan se complementan y es mejor si se tienen como aliados para la atención de las mujeres:

...un médico se debe de juntar con la partera y trabajar juntos. ¿Qué es lo que queremos? Porque ellos no giran un bebé, no acomodan a un bebé que viene de nalgas o viene atravesado, tiene que sacar su cuchillo para abrir la panza y sacar un bebé; y nosotras las parteras, no podemos hacer un cesárea, pero podemos girar al bebé y nuestro bebé nace normal ¡Sin cortar la panza! (097YUC).

En algunas comunidades se ha luchado para que la partería siga vigente en Yucatán y sea plenamente reconocida, por la importancia que ésta tiene para la salud materna comunitaria. Estas demandas se hicieron escuchar en el Gobierno del Estado entre los años 2012 a 2018:



...Entonces, mi mamá, pues ella sigue atendiendo partos, pero mi mamá y mi papá eran, pues ellos eran grandes luchadores sobre eso. Entonces, aquí en Yucatán ellos empiezan a, empezamos a apoyar la partería, a darle duro a la partería que las mujeres agarren confianza, aquí es bueno tener bebé en casa. Empezamos a luchar, a luchar, a luchar, pero digo en familia, mi papá, mamá. [...] se subieron y dijeron: "La importancia que tiene la partería en el estado de Yucatán. La importancia de las parteras del estado de Yucatán. Y queremos que de nuevo sean reconocidas en el estado, que se rehabilite su trabajo y que esto siga y que las mujeres sigan trabajando para que las mujeres en las comunidades como aquí..." (096YUC).

Por lo tanto, la demanda por el pleno reconocimiento de su labor es una demanda vigente para las parteras yucatecas. Otra de las problemáticas y demandas que tienen todas las parteras es subsanar la carencia crónica de apoyo en materiales y recursos ya que estos son insuficientes:

...el centro de salud, les agradecemos que nos den la capacitación, pero sí nos falta mucho apoyo y siento que yo en ese sentido, también es dónde las parteras, a veces sienten que no pueden. La forma en cómo transportarse, de cómo viajar, no hay viáticos. O sea, corre por cuenta propia, el material que necesitan para atender un parto, todo eso. Entonces, yo digo, invito a la institución, al gobierno, no sé a todo que sí sintamos que también las parteras valemos [...] en la institución tenemos un artículo que nos avala como parteras donde tenemos derechos, también. Exacto, sí (096YUC).

También se identificó como una demanda generalizada que las parteras quieren que haya algún apoyo económico por parte de la Secretaría de Salud:

...Apoyo nada, cuándo años desde México he venido peleando porque las del IMSS aunque no atienden partos les dan mil pesos cada mes, las del IMSS tienen una beca pero nosotras como parteras de la Secretaría nada. Ahí que les des, solo agarran ¡Ay que las parteras ganan mejor que nosotras! es que dicen, les digo pero pues creen que es tan fácil (102YUC).

Otras demandas son:

El acceso gratuito e integral a servicios de salud que atiendan sus condiciones de salud a veces muy precarias (vejez, la diabetes, etc).

Capacitaciones más frecuentes y constantes y con metodologías adecuadas y para aprender nuevos saberes. El modelo podría ser la capacitación de GPA.

Que las parteras afiliadas al IMSS-Bienestar y que siguen atendiendo a "escondidas" puedan atender libremente y sin trabas para obtener sus certificados de nacimiento, ya que ahora, los certificados se los dan en los Centros de Salud de los SSY, pero con más vueltas y más burocracia de por medio.



4.2. Problemáticas de acuerdo al sector salud

Los recursos de los SSY son limitados y decrecientes, un problema que se ha incentivado por la pandemia y los recortes federales. Anteriormente el programa de Partería Tradicional recibía apoyo del Seguro Popular donde se asignaba un recurso específico para operar. Ahora las autoridades estatales quisieran tener un recurso particular para el Programa de Partería y el Programa de Salud Materna y Perinatal, y poder implementarlos. Los insumos que hay, se distribuyen a las parteras a través de las jurisdicciones.

...el Seguro Popular disponía de una remuneración creo de mil pesos mensuales para las parteras empíricas. Se les daba el recurso con el listado nominal [...] Hoy ese recurso desapareció y dentro del Programa de Salud Materna y Perinatal el componente de partería tradicional mantuvo, hasta hace poco, contratos con enlaces interculturales, así se llamaban. A las mujeres embarazadas que llegan en condiciones de habla maya el 100%, pero ahí sí dependemos del presupuesto federal y este cada día se nos está volviendo más angosto [...]. Este último modificatorio se nos recortó este personal y estaba exclusivamente en hospitales, en el Hospital de Valladolid y aquí en el Hospital Materno Infantil, este hospital es exclusivo para atención prenatal y del parto (PS20YUC):

...Es idóneo que tengamos una partida para las parteras, agarrarlas más en su compromiso institucional, lo sienten pero eso las compromete mucho más y nos haría sentir mucho mejor a nosotros: "te pido, pero aquí tienes", no sólo dinero pero al menos un presente. Ellas se sienten bien y nosotros también (PS20YUC).

...yo pienso que la institución debería de darles algo monetario para motivarlas a que sea algo más pues ellas dejan sus casas, sus cosas, dejan de atender para ir a capacitarse, esa es una de las cosas (PS23YUC).

Lo anterior se traduce en **una demanda por poder contar con recursos financieros suficientes para el Programa de Partería tradicional en los SSY, específicamente para poder otorgar a las parteras una compensación digna a cambio de sus servicios.**

Otro problema que se reconoce es que las parteras han aprendido de las capacitaciones pero los resultados del aprendizaje se ven frenados debido a la falta de materiales.

...ellas aprendieron a hacer todas las pruebas, pero desgraciadamente no tenemos todas las tiras para medir el nivel de glucosio, no tenemos las tiras de destroxitis (PS23YUC).

...Muchas veces, la falta de material. Como por ejemplo, a veces no tenemos las tiras de proteinuria, es para ver si tienen alguna infección en la orina, no tenemos equipos de partos en las unidades. No hay porque la institución no nos lo dan (PS23YUC).



El recurso es una limitante en general para los Programas de Partería:

Ellas no están apáticas o ajenas o que ya no quiero saber nada, sí están interesadas, pero la principal limitante es el recurso y cómo sacarlas de sus localidades, luego qué ofrecerles, luego no les brindamos prácticamente nada. Por eso le digo, que estamos prácticamente en el proceso de divorcio: ellas trabajando con lo que pueden hacer en sus localidades y nosotros tratando de volverlas a conquistar, pero no ofreciéndoles nada (PS46YUC).

...Hemos tenido, por ejemplo, a algunas que no quieren asistir a capacitaciones, por la dificultad del traslado, porque no reciben un pago por parte de la Secretaría, sí generan actividades pero no reciben una remuneración. Entonces, sí hemos tenido algunos casos donde no acuden a capacitación, pero la verdad es que más del 90% pues sí acude de forma regular y algunas otras por el tema de edad, discapacidad, dificultad para la movilidad, porque ya no ven bien, porque son añosas. Entonces, en esos casos pueden solicitar la baja del programa, igual se levanta una ficha de baja con testigos donde la partera ya no quiere participar del programa (PS33YUC).

Lo anterior se traduce en una **demanda por poder contar con recursos financieros y materiales (insumos y equipo) suficientes para las acciones estratégicas del Programa de Partería Tradicional en los SSY.**

En general existe una buena relación entre las parteras y el sector salud, hasta se usan metáforas para expresar esta buena relación:

...La comunicación es plena, es un noviazgo formal y si no, matrimonial, pero hoy con cualquier empírica tenemos contacto (PS20YUC).

Sin embargo, una de las barreras entre el personal de la salud y las parteras proviene de la falta de empatía y paciencia de algunos médicos; situación que se reconoce entre algunas autoridades estatales o jurisdiccionales:

E: ¿Hay alguna barrera en esta relación?

- Pues realmente yo creo que se podía romper esa parte si el médico tendría un poquito de... empatía o de paciencia porque pues no todas tienen la misma capacidad de entender cuando hay un problema o algo. Entonces, que el médico tenga un poquito más de paciencia para explicar. Entonces siento que en ese momento pasaría algo y lo primero que hacen es llamarme, ellas: "pasó esto, esto, esto" (PS23YUC).

Las autoridades jurisdiccionales reconocen que algunos médicos no quieren aceptar a las parteras como aliadas. Las resistencias se expresan en los procesos administrativos, pues suelen citarlas en alguna fecha u horario y terminan sin atenderlas bajo el argumento de que tenían mucha gente por lo que las parteras terminan alejándose más del personal de salud.



...la partera tradicional y hemos tratado de involucrarla aún más con el personal de salud porque realmente sí observamos una resistencia por parte del personal para contemplarla como una herramienta y como un apoyo. [...] Sobre todo con lo que tiene que ver con lo administrativo o sea a veces cuando vamos a pláticas o a reuniones con parteras nos comentan: "no, doctora, es que el médico nos citó a la hora y luego que tenía mucha consulta y no me atendió" (PS33YUC).

Se aprecian diferencias entre la implementación del Programa de Partería entre jurisdicciones ya que el personal de salud en la Jurisdicción 1 es la que está mejor articulada con un equipo de trabajo, teniendo como contraparte la Jurisdicción 2 Valladolid, donde hay una menor articulación, posiblemente por la rotación de personal:

...la salud materna nos ha costado mucho trabajo digamos a nivel jurisdiccional y aterrizarlo en el primer nivel porque el problema principal que yo he visto durante todo este tiempo que he estado allá es el cambio continuo de personal. Nosotros tenemos médicos que rotan constantemente de unidad a unidad [...]. Entonces, realmente para mí ha sido el principal problema que no hemos tenido médicos que realmente permanezcan en las localidades para que se pueda llevar una continuidad del trabajo (PS46YUC).

Además se identifica que en esta jurisdicción, ubicada en una región maya-hablante y donde las parteras atienden mas partos, hay menos sensibilidad hacia la partería, pues se percibe un distanciamiento entre el personal de salud y las parteras; incluso, de alguna manera se responsabilizan a las parteras de lo que ocurre con la mujer al llegar con complicaciones al hospital. Aunque se considera que esto tiene que ver con que:

En las comunidades las pacientes se dejan hacer todo por las parteras y, a veces, ellas se sienten presionadas porque le dijo la paciente – yo no me voy a mover aquí voy a continuar contigo -. Ellas tratan de ayudarlas, pero, a la vez no las ayudan, entonces, cuando ya se sale todo de las manos y llega la paciente al hospital, siendo una paciente más complicada, llámese edemas de partes blandas, cosas del bebé, desprendimientos, pueden llegar muchas cosas. ...Cada quien por su cuenta. Las parteras, como le repito, como no tienen un sueldo por parte de la Secretaría cuando van a buscarlas para atender un parto ellas saben que van a tener un sueldo, entonces ellas no invitan a nadie porque saben que van a repartir su dinerito entre todos, entonces ellas se avientan el paquete solas. ...Como un divorcio en esta etapa, después de que venían de una buena relación de matrimonio por así decirlo, una buena comunicación estamos en una etapa de divorcio prácticamente entre las parteras, ellas siguen trabajando desde sus lugares por su cuenta y nosotros, aunque queramos rescatar esta relación matrimonial no hemos logrado volverlas a conquistar para seguir juntos (PS46YUC).

La cita anterior revela la complejidad de la mirada multifacética del sistema institucional de salud hacia las parteras. Por un lado, se comparte una visión hegemónica de la biomedicina centrado en el enfoque de riesgo, poniendo al centro las complicaciones obsté-



tricas como el límite infranqueable para la partería tradicional. Lo anterior llama la atención, porque muchas parteras hoy en día no solo están conscientes de la existencia e importancia de las complicaciones, sino saben detectar la mayoría de estas situaciones y las refieren, volviéndose importantes aliadas no sólo de las mujeres, sino del sistema mismo de salud. En segundo lugar, revela cierto conocimiento de dinámicas comunitarias en las relaciones parteras-mujeres donde también son las mujeres (y, por supuesto, el esposo u otros familiares, aun si la cita no los menciona) las que deciden atenderse con ellas, aun en casos de emergencias. Puede haber presiones para que la partera siga atendiendo aun en estas situaciones, apelando a la vocación de servicio de las parteras. Aquí se desvía la responsabilidad desde la partera hacia la mujer o, por lo menos se comparte entre las dos. Finalmente, la cita pone a relucir el tema de la compensación económica como un elemento clave no solo de la supervivencia de las parteras, sino del tipo de relación que el sistema institucional de salud pueda o logre establecer con ellas.

Otra problemática que el personal o las autoridades reconocen tiene que ver con que las parteras no puedan ingresar a los hospitales. En la Jurisdicción 1, donde se ha intentado apoyar plenamente a las parteras, no se ha logrado que las parteras accedan con las embarazadas al Hospital en la atención del parto, por lo que en estas unidades especializadas no se les reconoce como aliadas en el proceso de atención:

...lo vemos principalmente en los hospitales donde -por lo menos aquí en la Jurisdicción 1, no se ha logrado que los hospitales nos abran las puertas para poder dar acceso. [...] no contamos con esa flexibilidad para que la partera pueda ingresar con la embarazada o que ella pueda participar en la conducción del trabajo o de la atención del parto en el hospital, no se ha visto beneficiada esta parte. [...] Entonces ahí igual vemos que hay cierta como limitación por parte del personal para verla como una aliada (PS33YUC).

La demanda en este caso, es que el personal hospitalario cambie de actitud y abra las puertas a las parteras, para que éstas se sientan acogidas, sean tratadas de manera respetuosa y como aliadas y puedan acompañar a las mujeres durante todo el proceso de atención hospitalaria.

Las autoridades de salud relacionan esta situación al desconocimiento por parte del personal de salud de las normas que protegen la partería. Aunque se ha hecho un ejercicio de enviar la normatividad, el personal de salud está tan saturado con carga de trabajo y más ahora con la pandemia de COVID-19 que no lo lee:

...que entren a nuestros hospitales, eso es lo que queremos o sea han estado pasando varias cosas, a veces los centros de salud no me las quieren atender a las parteras, me las hacen esperar. Siento que a la institución le hace falta más saber de los artículos, que no están ellas ahí que porque son parteras y qué bonitas, no, hay un reglamento, hay una norma que las protege, entonces yo creo que la falta de información es la que muchas veces hace que hagan esa clase de cosas (PS23YUC).



...Se les hace llegar la normatividad, se les hace llegar, de hecho les enviamos la norma, les enviamos todo para que lean. Desgraciadamente, hay tantas cosas que estamos tan saturados en cuestión de salud ahorita y sobre todo estos dos años de pandemia y ahorita se quiere recuperar todo. Entonces, la verdad sí ha sido muy desgastante (PS23YUC).

Con el trabajo que se ha realizado en esta Jurisdicción, se ha logrado tener una mejor relación entre el sector salud y las parteras, lo cual ha sido una ardua tarea para este personal:

...logramos que ellas puedan empezar a tener un mejor trato y mejor diálogo con los otros jefes de las unidades, con nuestros directores, qué les podrían dar a ellas, iban y les daban [lo] que sí necesitaban, que sí necesitaban cosas. Era algo que no podían hacerlo ellas, porque por temor, ni se acercaban a las unidades de salud; porque es algo que nos ha costado mucho trabajo y que seguimos en la lucha de ello, y que si se los tenemos que recordar 1000 veces, se los tenemos que recordar 1000 veces, de la importancia que ellas tienen en la sociedad y en nuestras unidades de salud. (PS23YUC).

Se reconoce que hay discriminación contra las parteras por su adscripción étnica y por no hablar español, sobre todo en los hospitales. Se considera que el personal de salud no está preparado para establecer relaciones interétnicas respetuosas y horizontales con las parteras, pues las consideran como gente sin preparación.

...un programa que se puso de moda en donde la partera podía acceder, pero después se quitó porque a nivel especialidad hay cierta discriminación porque se cree que ellas no pueden tener la preparación para la atención del parto. Porque el personal cree que puede hacer todo, pero lo que falta es la relación médico-paciente y a veces la partera ayuda muchísimo. Cuando es un evento de parto natural, también hay que tener una relación más cultural con la partera dejarlas más, tenerlas más, porque sí hay una discriminación por parte de los profesionistas, sobre todo por los especialistas y falta una educación intercultural. Porque a veces los especialistas no saben hablar maya y a veces hay maltrato hacia la gente indígena, se le discrimina a la población maya (PS63YUC).

Estas constataciones derivan en una demanda desde el Sector salud de realizar talleres de sensibilización continuos y periódicos con el personal de salud adscrito, para que aprendan a trabajar de manera respetuosa y horizontal con las parteras, reconociendo sus saberes y destacando sus valiosas aportaciones a la salud materna y perinatal; con la finalidad de que las parteras puedan desempeñar sus funciones sin obstáculos y con apoyo pleno.

Hace falta reconocer el trabajo de las parteras no sólo en el ámbito de los servicios de salud, sino también socialmente, ya que ellas realizan un trabajo fundamental para la sociedad y para sus comunidades:



...Entonces, yo creo que nos falta mucho por trabajar en el ámbito hospitalario, en el ámbito también social porque hay que reconocer su función de las parteras y tampoco hemos reconocido eso. Cada vez más, no las reconocemos como tal, como esa pieza principal, como ese pilar que detecta a la embarazada desde un inicio, que detecta los problemas y no le damos la importancia que se merecen, no les damos insumos. Entonces, yo creo que falta mucho reconocer su función que ellas tienen (PS46YUC).

En algún momento de la historia de la partería en Yucatán, se reporta que varias parteras dejaron de atender por temor a los reglamentos, parece que la metodología educativa se estuvo basando en el temor, hasta con expresiones de represalias a las parteras. De manera parecida, se menciona que tal vez ya no existen aprendices por el temor de atender un parto y muchas parteras por la edad han dejado de atender:

...Pues, conforme se fueron capacitando, ya tuvieron como temor por los todos los reglamentos que lleva la partería, y... las aprendices ya no tienen como la valentía de atender un parto, tienen temor y las que sí atienden partos o atendían partos, ya no lo hacen por cuestión de su edad (PS43YUC).

Existe entre el personal encargado del Programa de Partería a nivel jurisdiccional, una preocupación por la pérdida de conocimientos y de la práctica de la partería tradicional en las comunidades, pero se alude a que dicha pérdida sucede por la falta de apoyo de las instituciones:

...Todas, todas son muy valiosas, desde las que están aprendiendo ahora, desde nuestras antiguas. El hecho de ver que se estaba extinguiendo todo eso, el hecho de ver que nos las apoyaban. ...¿En qué momento se perdió toda esa parte? [...] la gente se va olvidando de cómo los atendían anteriormente porque antes no había médicos, antes no habían enfermeras, antes ¿qué había? Médicos tradicionales, parteras tradicionales o bien como las conocen como las comadronas y que no se daban cuenta de lo valioso que era y que es traer un bebé a este mundo (PS23YUC).

La partería se comenzó a perder cuando los médicos y autoridades las amenazaron con meterlas a la cárcel si atendían partos, no se identifica con precisión en qué gobierno se dió ese proceso; desde la Jurisdicción se ha trabajado con los médicos para ir derribando esas concepciones y tener otra representación del trabajo de las parteras:

...Se perdió ese respeto, que era lo que yo te decía, que se ha perdido, 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, yo te estoy hablando ¿qué será? Cuando inicié que volvieron a retomarlo, 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 [...] Esa idea sí persistía, que esa es la idea que les estamos qui-



tando a los médicos, a los médicos claro y que no la vean como algo que les va a interrumpir o algo que les va a perjudicar (PS23YUC).

En el trabajo de campo, solo se logró entrevistar a un personal de salud operativo de una unidad médica rural del programa IMSS-Bienestar, por lo que la información obtenida con respecto a los obstáculos que la partería tradicional indígena enfrenta en las zonas de cobertura de esta institución, derivan principalmente de las parteras mismas, del personal de salud de los SSY que trabaja en zonas cercanas o de las autoridades de los SSY a nivel central y en las jurisdicciones. Como ya se expuso en apartados anteriores, destaca aquí que las parteras que están afiliadas a dicha institución tienen prohibido atender partos, no pueden acceder a certificados de nacimiento cuando sí atienden un parto, y se les considera a nivel institucional como un personal de apoyo en las tareas de promoción comunitaria, desvirtuando así sus funciones de partería y el valor que éstas tienen en el entorno de las localidades. La persona entrevistada que cumple con funciones operativas en la UMR, por otro lado, nos compartió una visión bastante estereotipada de las parteras como mujeres analfabetas que no tienen mucha facilidad para aprender a realizar el trabajo de reportes de sus actividades con la institución:

...Lo difícil con ellas (risa), es el hecho de que a veces, como a veces no saben escribir y a veces unas no saben leer. Entonces, básicamente cada mes tenemos, cada dos meses tenemos que integrar información. Para mí es difícil el estar atendiendo, uno cada uno. Porque sí hay unas que todavía no aprenden a llenarlo (PS21YUC).

La demanda en cuanto a esta institución es promover un viraje de 180 grados en la política institucional hacia las parteras, ya que ésta es violatoria del derecho de las parteras a ejercer su oficio y el derecho de las mujeres a atenderse con quiénes ellas decidan.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

El tener personal de salud muy comprometido con la partería ha sido fundamental para que se busquen recursos adicionales para poder implementar las estrategias que los SSY consideran esenciales para el Programa de Partería Tradicional y para apoyar a las parteras en sus quehaceres. Esto ha permitido también innovar, rebasar algunos de los obstáculos estructurales en la relación y trato con las parteras e impulsar y apoyar el trabajo de ellas.

Se encontraron alianzas en el trabajo con algunos médicos privados que respetan la partería y la filosofía de humanización del parto. Aquí, colaboran de manera complementaria las parteras y los médicos; lo anterior se da principalmente con parteras que atienden más partos, reciben mayores ingresos de su labor y han logrado formarse una clientela mixta,



incluyendo a mujeres que tienen recursos económicos y buscan una atención de corte humanizado, sobre todo en las zonas urbanas. Lo anterior vislumbra posibilidades de alianzas con el personal médico que tendrían que trascender el ámbito privado para darse también en el sector público y de manera gratuita:

...Trabaja en el Star Medica y en el CEM y es un hospital privado [...] El doctor es muy bueno, hace parto en agua, es un doctor que hace parto en agua, que trabaja el parto humanizado. O sea, trabaja con nosotras como parteras. [...] Te trata con mucho amor y a mí me ha gustado trabajar con él, llevo 13 años trabajando con él (098YUC).

Se considera que una forma de impulsar la partería es difundiendo su presencia, aciertos y ventajas a través de las redes sociales:

...una de las formas de impulsar la partería sería a través de las redes sociales. De información, porque sí nos bombardean en redes como parteras, yo siento que los que queremos que la partería siga, debemos apoyar e impulsar a la partería. [...] Utilizar las redes, a eso me refiero, bombardear las redes con decir, "Viva la partería, arriba la partería" (096YUC).

Una buena práctica que se encontró en Yucatán por parte de los SSY es que, como debería de ser en todos los lugares, las parteras son validadas como tales por sus comunidades. Para ser partera tradicional, registrarse y afiliarse a los SSY, cada una de ellas tiene que ser reconocida a nivel comunitario, primero. De manera parecida, los SSY reconocen que las aprendices parteras deben de ser avaladas por las mismas parteras maestras, cuando estén listas a ejercer la partería y a registrarse con los SSY. No es la Secretaría que otorga este reconocimiento o avala los conocimientos de las parteras. No hay ningún procesos de certificación biomédica de por medio. También se encontró que la vinculación con el INDEMAYA ha sido benéfica para promover la perspectiva de los derechos culturales de los pueblos indígenas, como parte de la preservación de la cultura maya. Con las parteras, eso se ha traducido que el gafete de reconocimiento lo otorga esa institución, al mismo tiempo que tienen las firmas y el reconocimiento del sector salud, y en que se haya afirmado el proceso de validación de la partería por parte de la comunidad, en lugar que por parte del Sector Salud.

También se identifica como una buena práctica el establecimiento de redes de comunicación inmediata a través de mecanismos como el celular o Whatsapp, para responder a las necesidades de las parteras de ser apoyadas, cuando enfrentan complicaciones:

...la verdad mi teléfono ya se los tengo dado por todos lados. Entonces, hay parteras que se comunican directamente conmigo para avisarme que van a ir al hospital para llevar a su paciente- Les hago unas preguntas que ellas me puedan explicar para que yo pueda notificar a través del WhatsApp de referencia que van a llevar a una paciente de X localidad con su partera y en qué condiciones va (PS46YUC).



La búsqueda de vínculos con organizaciones de sociedad civil para establecer metodologías interculturales y pedagógicamente constructivas, además de contenidos de formación más afines a los intereses, saberes y formas de aprender de las parteras (con el apoyo de GPA, el Patronato de la Beneficencia Pública y el Club Rotario) es otra buena práctica que se detectó en Yucatán.

El otorgamiento de los certificados de nacimiento por parte de los centros de salud al parecer, sin mayores obstáculos es una buena práctica que se encontró en los SSY y que merece ser reproducida en otras entidades federativas.

No se encontró ningún programa de acceso a servicios de salud para las parteras por parte de la Secretaría de Salud, aún si ha existido alguna iniciativa por parte de una jurisdicción para realizar campañas de salud hacia el diagnóstico de algunos padecimientos y para que las parteras tengan un acceso gratuito a servicios de laboratorio. Esta iniciativa se podría implementar en las tres jurisdicciones de manera periódica:

...Pues como tal la Secretaría no tiene como tal un programa para atención específica a nuestras parteras; sin embargo, por iniciativa realmente de la jurisdicción se han hecho gestiones en el centro de salud de Mérida para que cuando las parteras bajen, por ejemplo, a capacitación, se les realicen laboratorios: se les realicen exámenes de orina, sangre, se les revisen al menos las condiciones bioquímicas de las parteras. En caso de que encontremos alguna alteración y, supongamos alguna partera vive con diabetes y sus laboratorios están descontrolados, se le solicita a la unidad un seguimiento más estrecho, pero eso se ha hecho por iniciativa realmente de la jurisdicción. No hay como que un programa de atención especial a la salud de las parteras (PS33YUC).

Se ha sugerido por parte de una responsable jurisdiccional que las parteras pudieran integrarse como parte del personal de salud de los SSY, para que pudieran tener un sueldo y acceso a la seguridad social y otros servicios. Esta sugerencia merece valorarse para poder entender sus implicaciones y sus pros y contras:

...Entonces estaría muy padre que la Secretaría de Salud nos pueda contratar a esas mujeres en los hospitales; que sean parte del personal de salud; que incluyan también las hamacas para atender los partos de manera vertical o sea que las escuchen; que realmente vean que lo que ellas han hecho por tantos años, realmente, quizá no esté en la ciencia o en nada, pero si vamos viendo todo, las muerte maternas que había cuando estaban ellas y las muertes fetales eran menos a ahora cuando son atendidas por médicos, donde existe menos violencia obstétrica [...] Hay que tener mejor ahí a una partera con un parto humanizado y que los mismos médicos aprendan de esos valores que tienen nuestras parteras para con nuestras mujeres embarazadas (PS23YUC).



5.2 Recomendaciones

Algunas de las recomendaciones que han surgido para el estado de Yucatán se presentan a continuación:

- Promover capacitaciones y sensibilizaciones con el personal de salud de los SSY, sobre todo en el nivel hospitalario, para difundir la presencia, los aportes y la valía de la partería tradicional y lograr un reconocimiento y apoyo pleno a las parteras y a su labor dentro del sistema institucional de salud.
- Garantizar el cese al hostigamiento a atender partos por parte del Programa IMSS-Bienestar y cuando atienden a mujeres de otros municipios.
- Generar todas las facilidades para que se les pueda otorgar el certificado de nacimiento sin obstáculo alguno a las parteras que laboran o están afiliadas en zonas de cobertura del IMSS-Bienestar.
- Proveer de materiales (insumos y equipo) gratuitos y suficientes para seguimiento de embarazo y para la atención de los partos en los centros de salud y las jurisdicciones.
- Contar con una compensación económica por parte del Estado para las parteras, como una forma digna de retribuir su labor, pero sin condicionamiento alguno.
- Fomentar procesos organizativos de parteras en Yucatán para la defensa y promoción de la partería, con el apoyo de redes y organizaciones de parteras de otros estados.
- Hacer campañas de sensibilización con las mujeres en Yucatán para que reconozcan los beneficios de la atención con parteras en caso de embarazos y partos sin complicaciones.
- Garantizar condiciones de acceso a servicios de salud que sean resolutivos, oportunos y gratuitos para las parteras, sobre todo en la vejez.
- Asegurar que los puestos a nivel estatal y en las jurisdicciones de las responsables del programa de Partería Tradicional sean cubiertos por personas que no solo sean competentes y tengan capacidad de negociación, sino que conozcan muy bien el trabajo de las parteras, lo apoyen y lo impulsen de manera plena.



- Contar con un presupuesto específico y suficiente para los Programas de Salud Materna y Perinatal y de Partería Tradicional, a nivel estatal y en las jurisdicciones.
- Asegurar que las parteras puedan entrar a los hospitales acompañando a las mujeres que ellas refieren y que el personal hospitalario las trate con respeto y como interlocutoras válidas en el proceso de atención de esas mujeres.
- Lograr que las iniciativas a favor de la partería sean implementadas en todo el estado, a fin de evitar diferencias entre jurisdicciones y centros de salud.



ANEXO 1

 **Juntos Transformamos Yucatán**    **SALUD** 

Cédula de identificación del parto atendido por partera 000356

DATOS DE LOS PADRES:
Nombre de la madre _____
Edad _____ Nacionalidad _____ Número INE _____
Nombre del padre _____
Edad _____ Nacionalidad _____ Número INE _____
Domicilio _____
* Anexar fotocopia de la identificación oficial de los padres.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:
Nombre del recién nacido _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre _____
Vivo Muerto Sexo _____ Peso _____ Talla _____
Fecha de nacimiento _____
Hora de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

DATOS DE LA PARTERA:
Nombre de la partera _____
Domicilio _____
Testigo _____

HUELLA PLANTAR:



