

# SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

2021 - 2022



## INFORME POR ESTADOS

COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo



## I • CHIAPAS

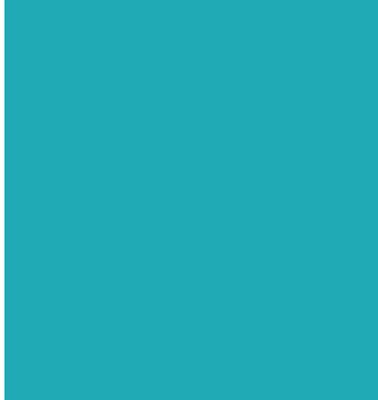
Viaani Coral Mendoza López





## CONTENIDO

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1. Contexto de la partería indígena en México	III
2. El objetivo	IV
3. La metodología	IV
4. Organización del informe	XII
<b>1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE CHIAPAS</b>	<b>1</b>
1.1. Población indígena	1
1.2. Datos de parteras y nacimientos	2
1.3. Características generales del sistema de salud	5
<b>2. PERSONAS ENTREVISTADAS</b>	<b>6</b>
2.1. Perfil de parteras entrevistadas	8
2.2. Perfil del personal de salud entrevistado	8
<b>3. PRINCIPALES HALLAZGOS</b>	<b>10</b>
3.1. Hallazgos desde las parteras	11
3.1.1. Transmisión de saberes en las parteras	11
3.1.2. Procesos organizativos	12
3.1.3. Relación con el sector salud	13
3.1.4. Atención durante la pandemia	15
3.1.5. Otras parteras identificadas	16
3.2. Hallazgos desde el personal de salud	17
3.2.1. Caracterización del trabajo de las parteras	17
3.2.2. Contexto COVID, las aportaciones de su oferta de atención y experiencias paralelas del personal de salud	21
3.3. Certificados de nacimiento	22
3.4. Capacitación	24
<b>4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS</b>	<b>26</b>
4.1. Problemática y demandas de las parteras	26
4.2. Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud	26
4.3. Convergencias entre la identificación de problemáticas y demandas entre parteras y personal de salud	31
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>31</b>
5.1. Buenas prácticas del personal de salud y aprendizajes	31
5.2. Recomendaciones	36



# 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”,<sup>1</sup> en la NOM 007 en salud materna<sup>2</sup> 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](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.

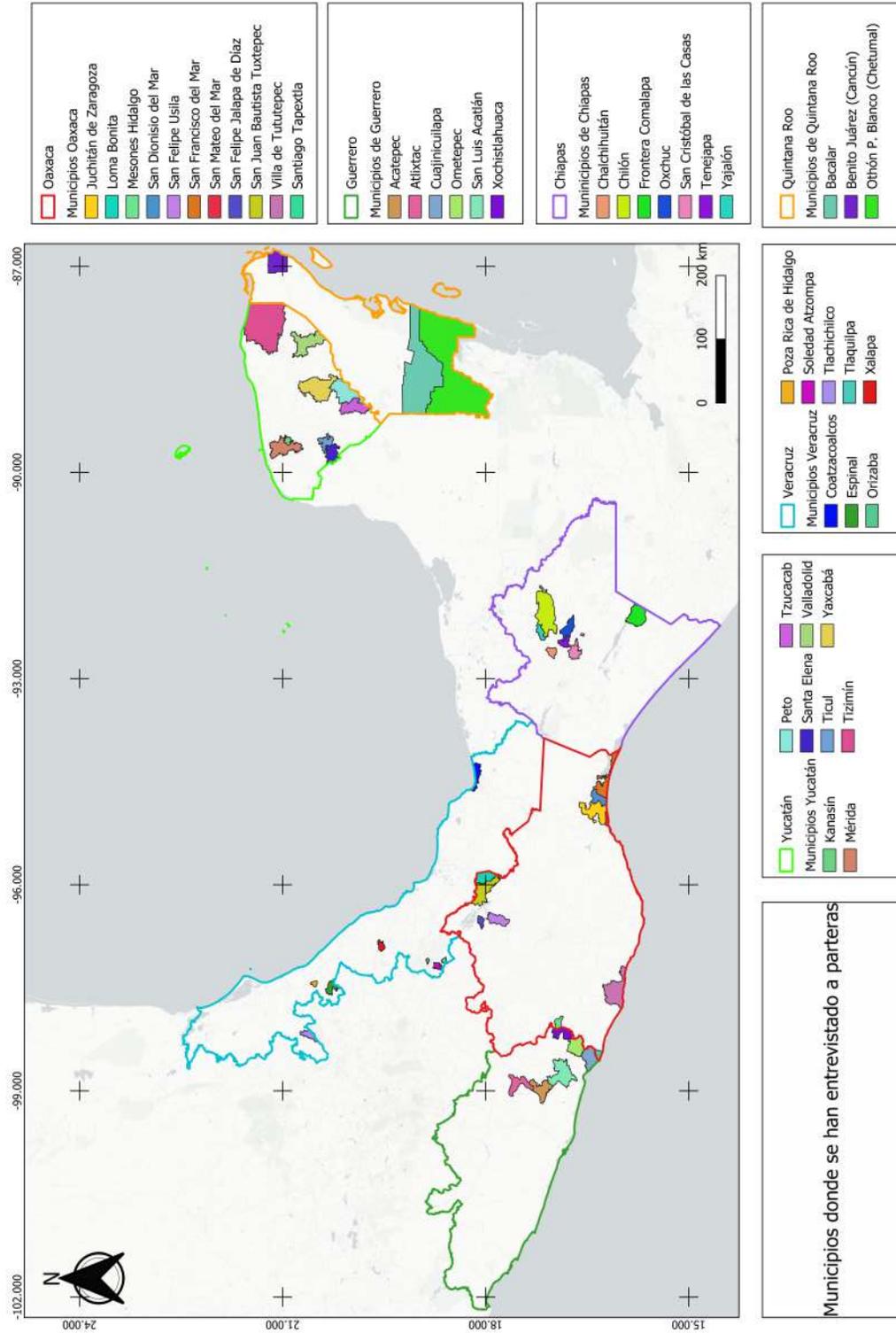
Tabla 1. Entrevistas realizadas a parteras, 2021-22

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
<b>Total</b>	<b>257</b>		

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto.

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

Mapa 1. 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:

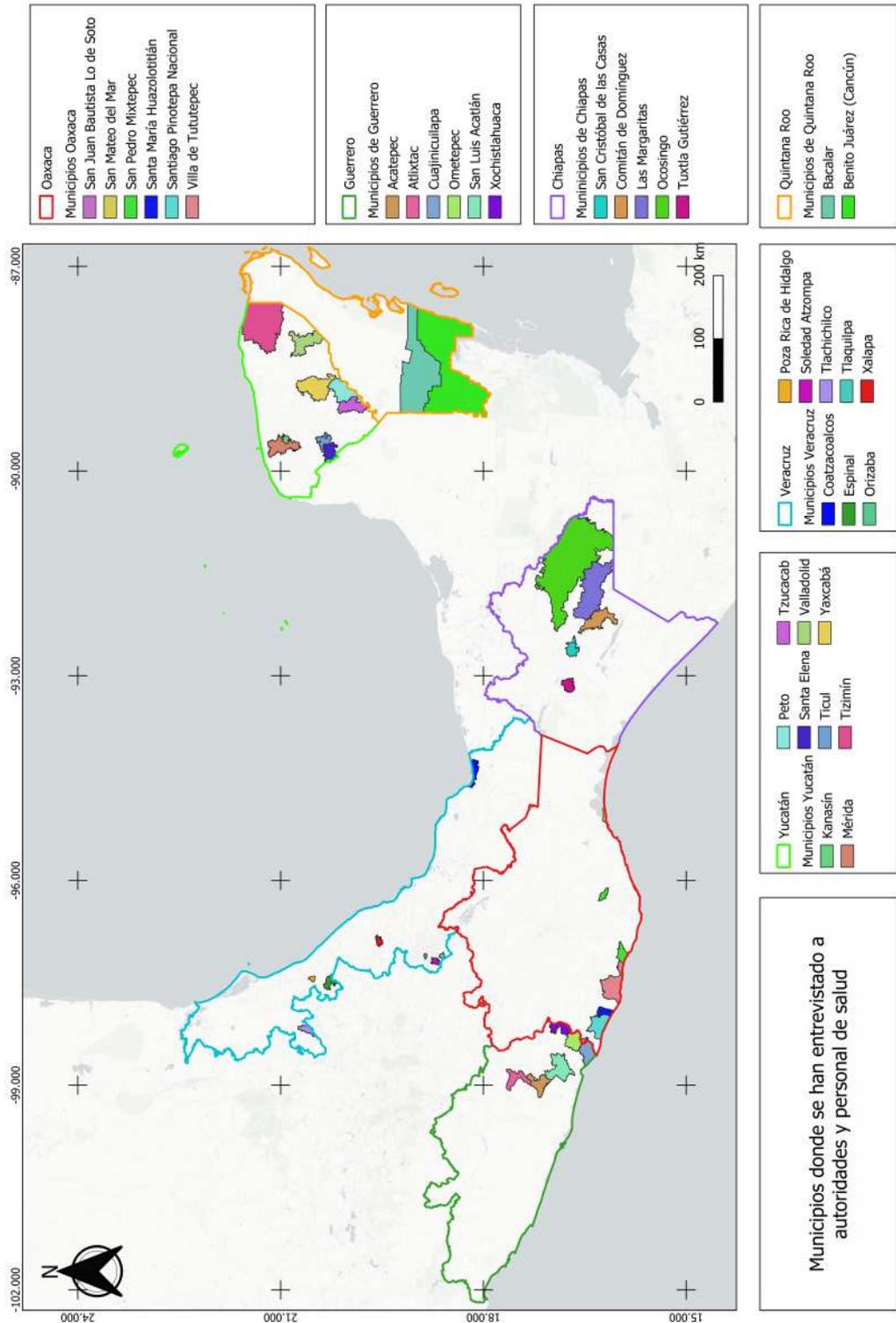
Tabla 2: Entrevistas realizadas a personal de salud, 2022.

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.

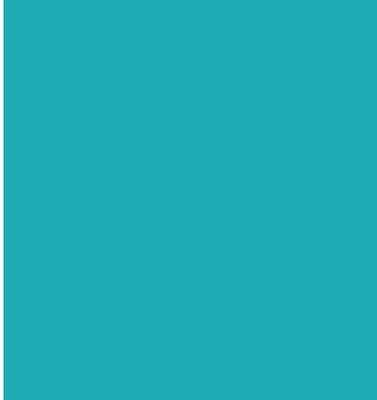
En quinto lugar, **se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022**. Estas reuniones tuvieron el objetivo de devolver la información sistematizada a las parteras, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias en relación 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.



# Chiapas

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

ELABORADO POR:

**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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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

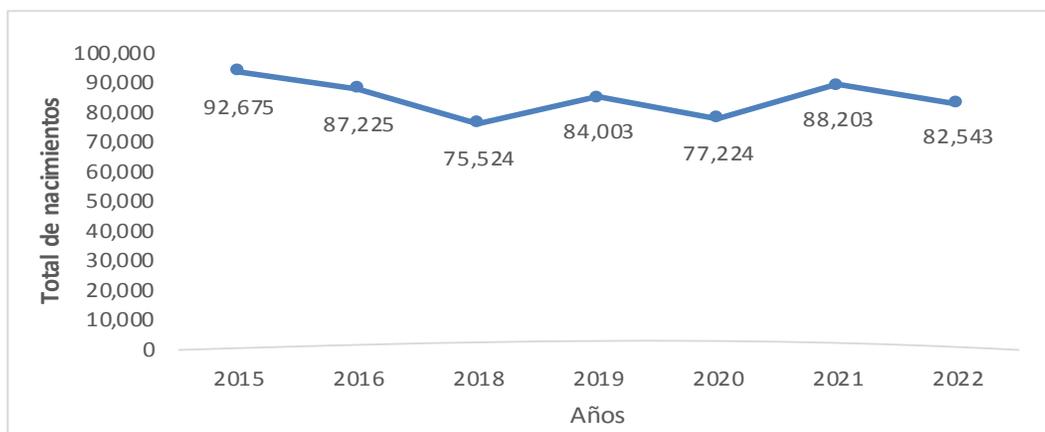
3 Idem



## 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).

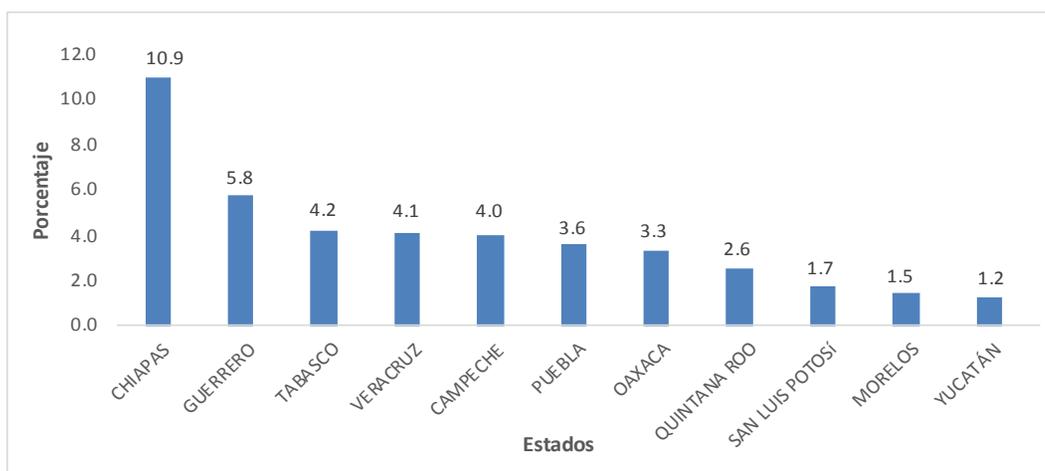
Gráfica 1. Nacimientos en Chiapas, 2015-22



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

De acuerdo con los datos del SINAC <sup>4</sup> 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



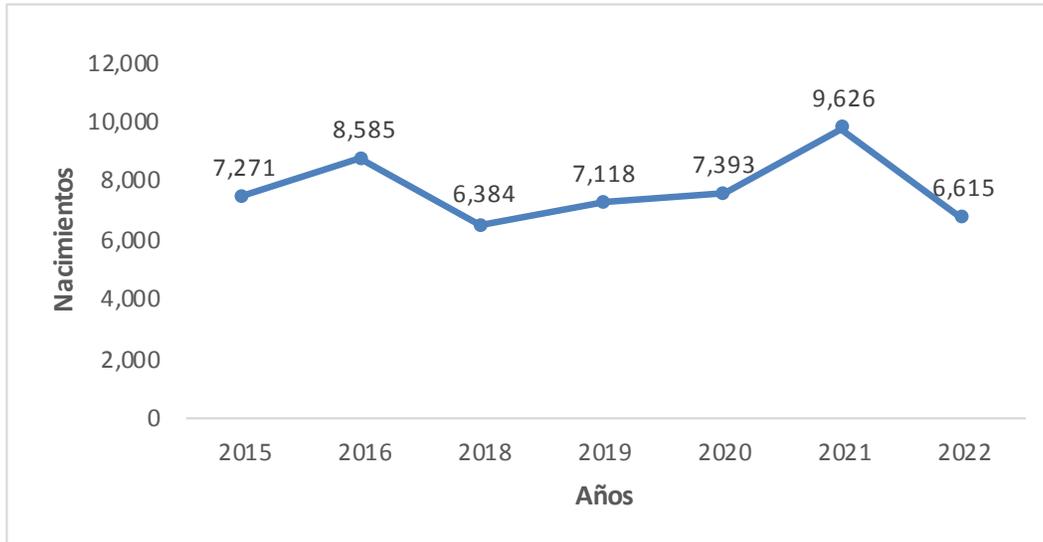
Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2021

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



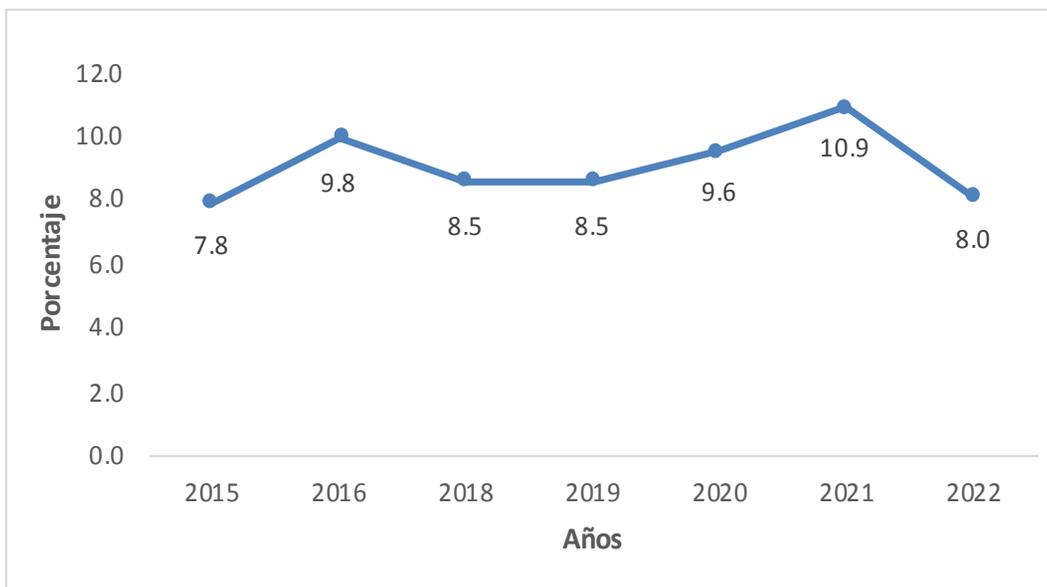
En cuanto al número de los partos atendidos por parteras en esta entidad federativa, se observa un incremento significativo en 2020 y 2021, durante la pandemia; para el 2021 se registraron en la base SINAC más de 9.600 partos atendidos por parteras, con un decremento significativo en 2022 (Véase Gráfica 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



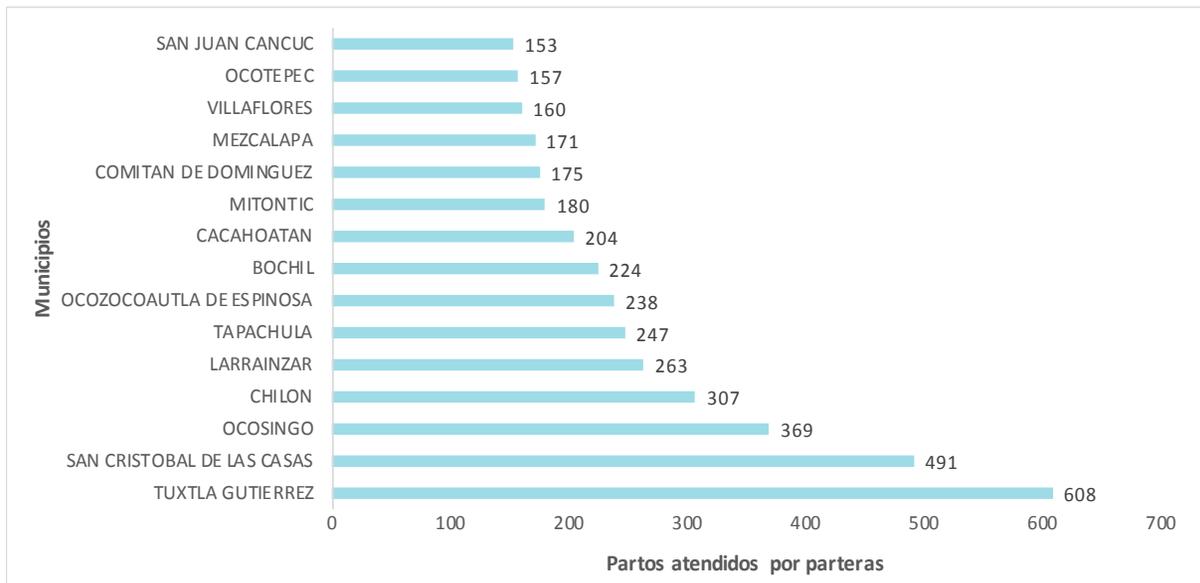
Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2015-2022



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%.<sup>5</sup> 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

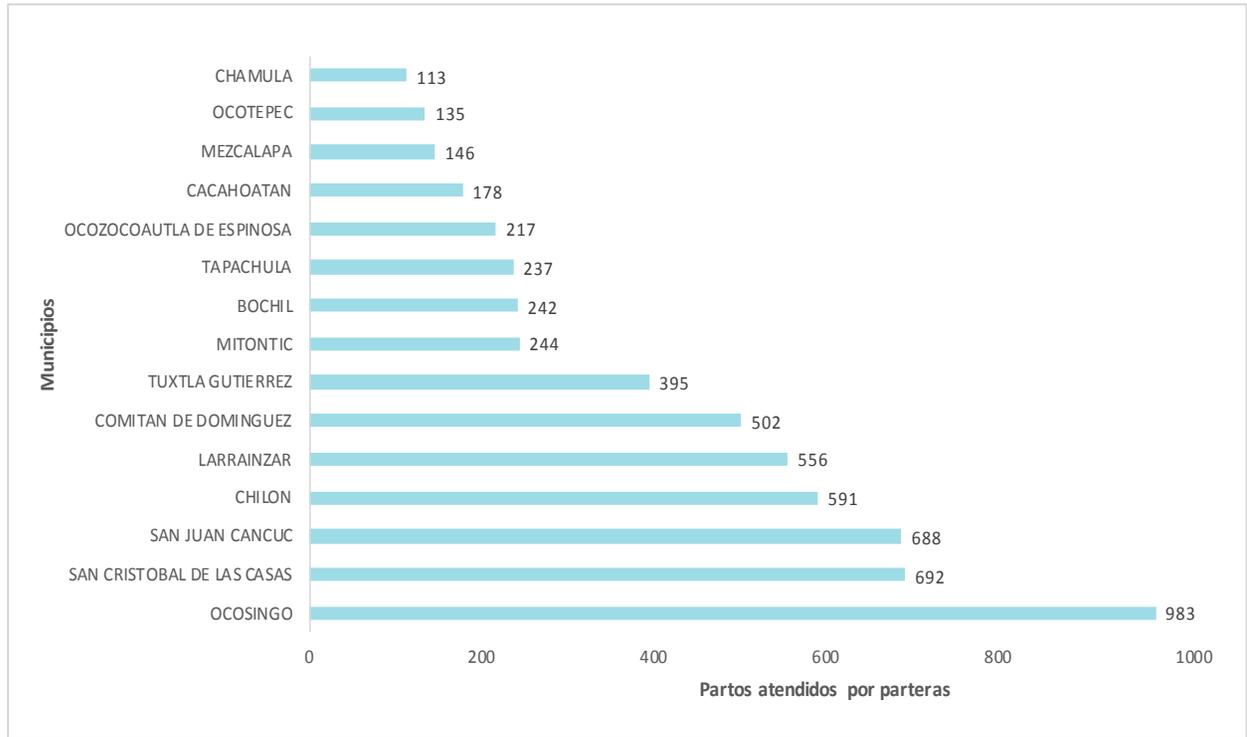


Fuente: Elaboración Aide Rodríguez, con datos del SINAC, 2020

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 derechohabiencia 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

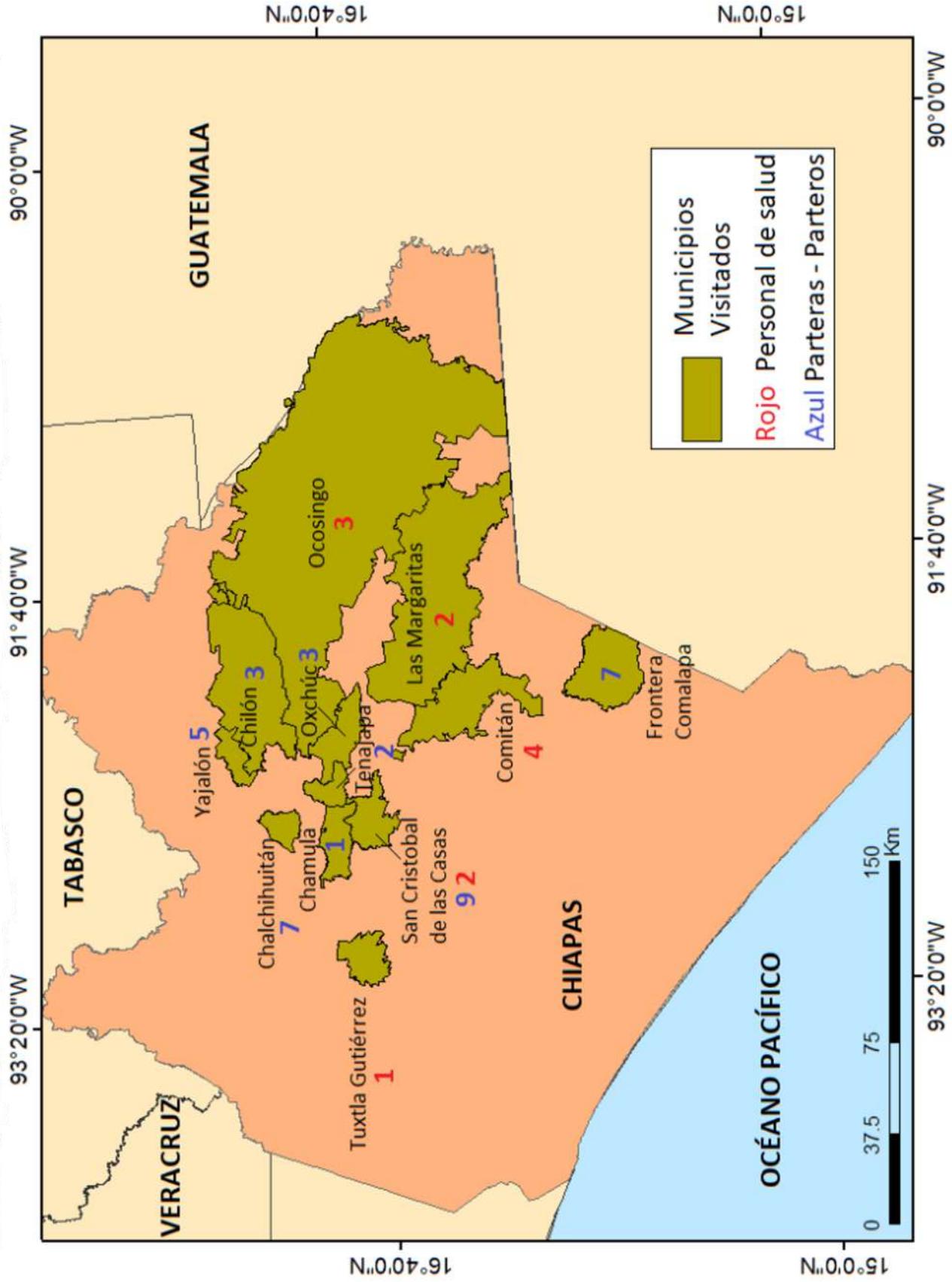
El trabajo de campo en el estado de Chiapas se realizó en dos etapas. La primera comprende las entrevistas con parteras durante el año 2021, las cuales abarcaron cinco grandes ejes temáticos: a) características de las parteras; b) relación con el sistema de salud; c) transmisión de saberes; d) contexto 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>

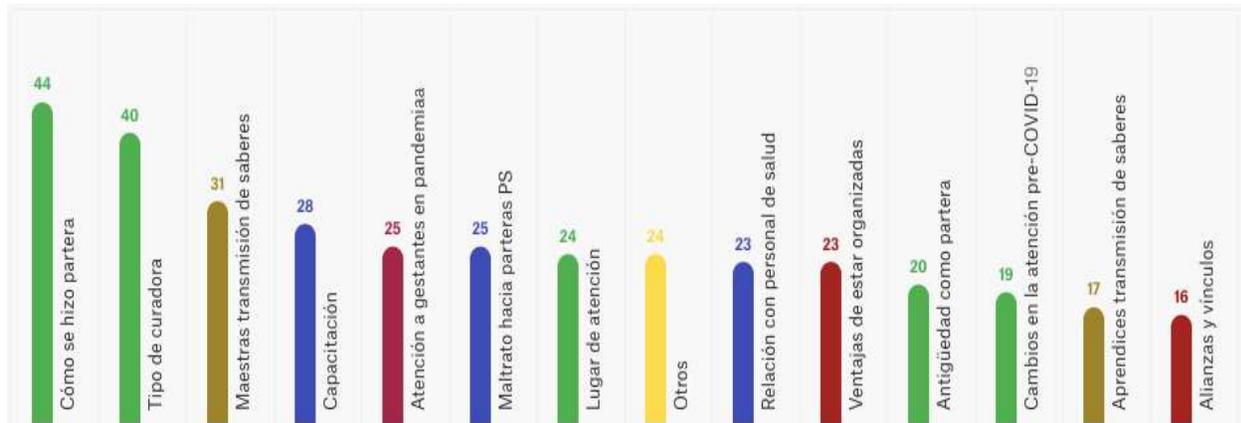


El personal de salud entrevistado implementa a nivel jurisdiccional o local el desarrollo de los subprogramas de partería tradicional y partería profesional. En el programa de partería tradicional y de mano de las comunidades y parteras, se desarrolla el Club de la Embarazada donde se manejan redes sociales 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.

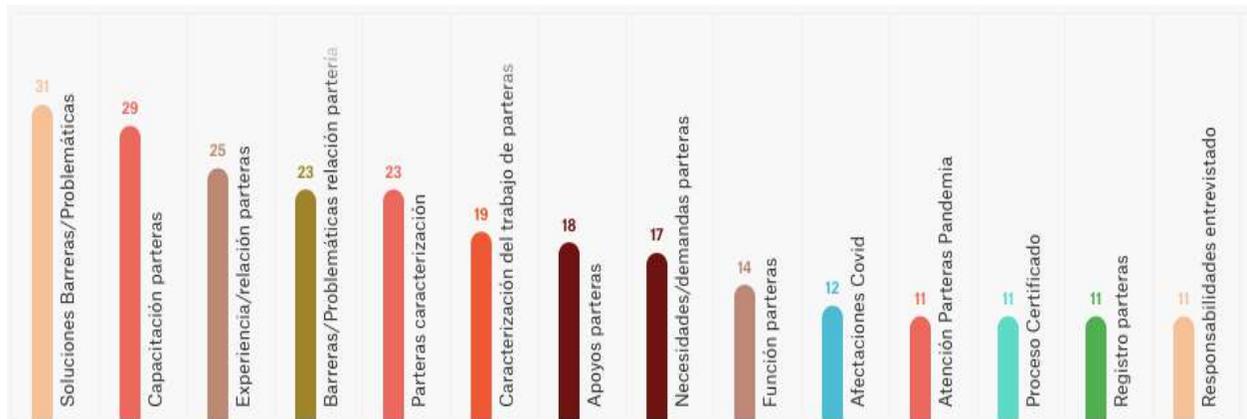
Gráfica 7. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi.  
Entrevistas con parteras Chiapas, 2021



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 (O3OCHI).*



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 (adscritas 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 su 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 (PSO3CHI).*



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.

