

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

2021 - 2022

INFORME POR ESTADOS

COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo

II • GUERRERO

Adriana Lozano Daza





CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN

1. Contexto de la partería indígena en México	III
2. El objetivo	IV
3. La metodología	IV
4. Organización del informe	XII

1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO 1

1.1. Población indígena y afroamericana	1
1.2. Datos de parteras y nacimientos	1
1.3. Características generales del Sistema de Salud	5

2. PERSONAS ENTREVISTADAS EN GUERRERO 7

2.1. Perfil de parteras entrevistadas	8
2.2. Perfil del personal salud entrevistado	8

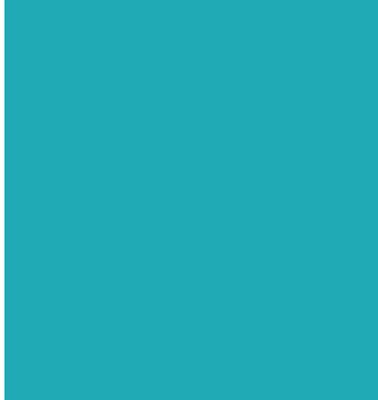
3. PRINCIPALES HALLAZGOS 11

3.1. Códigos de interés	11
3.2. Necesidades y demandas de las parteras	12
3.3. Barreras y problemáticas para el relacionamiento entre el sector salud y la partería tradicional	14
3.4. Capacitación y registro de parteras	20
3.5. Certificados de nacimiento	23

4. OTROS HALLAZGOS GENERALES 26

4.1. Actualidad del sector salud	26
4.2. Políticas y programas	27
4.3. Otras parteras	28

5. BUENAS PRÁCTICAS A NIVEL ESTATAL, APRENDIZAJES Y RECOMENDACIONES 29



Introducción



1. CONTEXTO DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

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

La Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas (2007) establece la obligatoriedad de los estados de garantizar el respeto a las medicinas tradicionales, así como las medidas orientadas a garantizar a la población indígena, el más alto disfrute de la salud integral y el acceso sin discriminación a todos los servicios de salud. Del mismo modo se señalan estas obligaciones en el convenio 169 de la OIT, en la Constitución mexicana, en la Ley General de Salud la cual mandata “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”,¹ en la NOM 007 en salud materna² y en diversas disposiciones de la Secretaría de Salud Federal (SSA) la cual establece además un código de contratación de parteras tradicionales (M02120) en los servicios de salud.

La partería tradicional tiene una presencia muy importante en México. Los datos de la Secretaría de Salud mencionan que 26 entidades federativas cuentan con registro de parteras y en 2020 había 15,835 parteras(os) tradicionales en el país, de las cuales el 91 % permanecen activas y tienen en promedio 29 años de servicio (SSA-CNEGSR, 2020b:33). Se trata de un saber ancestral transmitido a través de generaciones, que forma parte del acervo de conocimientos de los pueblos indígenas sobre el territorio, la naturaleza, la cosmovisión, la cultura, la reproducción y el cuerpo. Su preservación, ejercicio y fortalecimiento están considerados como elementos fundamentales en la garantía y el disfrute de los derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas. Es además un recurso fundamental para la salud materna y neonatal, especialmente en municipios y regiones considerados mayoritariamente indígenas, pero también y de modo creciente, en contextos urbanos como la Ciudad de México u otras ciudades pequeñas o medianas que están rodeadas por enclaves indígenas.

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

2. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Véase: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

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

2. EL OBJETIVO

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

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

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

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

3. LA METODOLOGÍA

La estrategia metodológica incluyó varios componentes. Primero, **se revisaron los marcos normativos referentes a partería tradicional y partería indígena**, emitidos por organismos multilaterales, así como por cinco países de América (Bolivia, Guatemala, Canadá, Ecuador

y Colombia) donde hay un alto número de parteras, o donde se han implementado algunas estrategias de reconocimiento estatal a la partería indígena, y/o experiencias de organizaciones sociales e indígenas en torno a su defensa. Adicionalmente, se revisó en detalle el caso mexicano.

Segundo, **se revisaron los nacimientos ocurridos en México de 2015 a 2021**, con énfasis en 2020-21, utilizando los datos oficiales del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Dirección General de Información en Salud de la SSA, analizando la evolución de los partos ocurridos con parteras a nivel nacional, en los seis estados seleccionados. Este panorama nos permitió identificar un repunte significativo en el número de partos atendidos por parteras durante la pandemia por SARS-COV-2 (2020 y 2021). Esta revisión fue vital para seleccionar los municipios y regiones a incluir en el trabajo de campo.

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

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

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

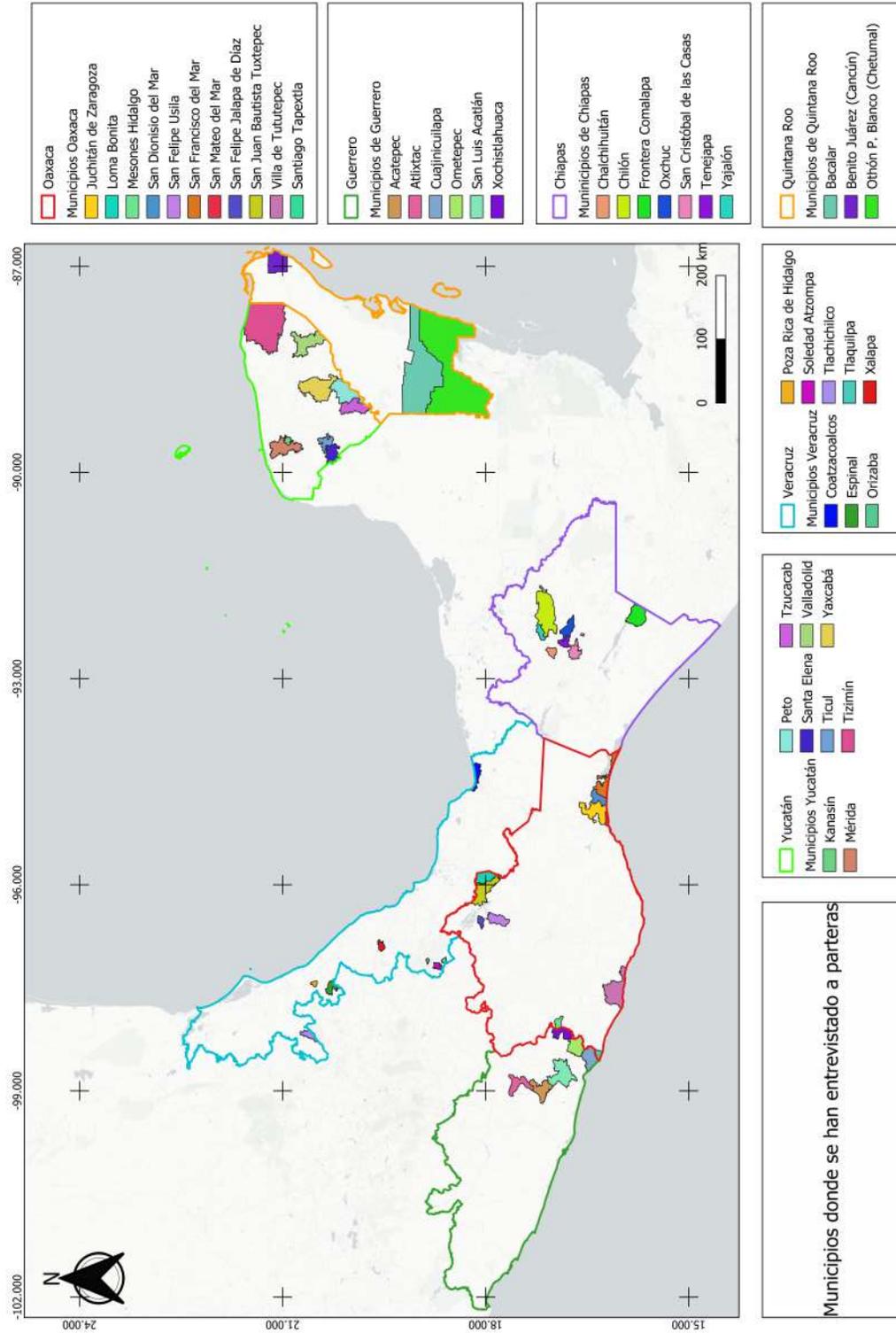
Tabla 1. Entrevistas realizadas a parteras, 2021-22

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

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto.

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

Mapa 1. Entrevistas Parteras.



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto

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

En cuarto lugar, **se incluyó en 2022 la perspectiva del sector salud a través de entrevistas con autoridades y prestadores de servicios.** Se presentó el proyecto y se solicitó el permiso a las autoridades de los respectivos servicios de salud en cada entidad federativa, quienes a su vez nos canalizaron con las personas o áreas directamente relacionadas para los trámites necesarios para realizar el trabajo de campo. En algunos casos no fue posible entrevistar a los directivos estatales pero en la mayoría se logró, además de los responsables jurisdiccionales de dichos programas (Salud reproductiva, Salud materna y/o Partería), personal adscrito a algunos hospitales de primer (hospitales básicos comunitarios) y segundo nivel así como a personal de centros de salud. No se logró el acceso de manera institucional al Programa IMSS-Bienestar, pese a las solicitudes. En algunos casos donde ello fue posible, se hicieron entrevistas a prestadores de salud del IMSS-Bienestar y parteras vinculadas a sus áreas de cobertura, aun si fue un número limitado.

En total se entrevistaron 93 personas que prestaban servicios a nivel estatal, o en una de 19 jurisdicciones sanitarias, o eran médicos y/o enfermeras que trabajan en los Servicios de Salud en cada una de las entidades. La definición respecto a quiénes entrevistar dependió de las características de cada entidad, la apertura en cada una de las Secretarías estatales y la priorización de jurisdicciones con mayor número de partos atendidos por parteras indígenas en cada entidad. Finalmente, se entrevistó a personal de otras instituciones vinculados al tema de partería (el Instituto Indemaya en Yucatán, responsables de salud de ayuntamientos específicos en Oaxaca y un presidente municipal en Guerrero).

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

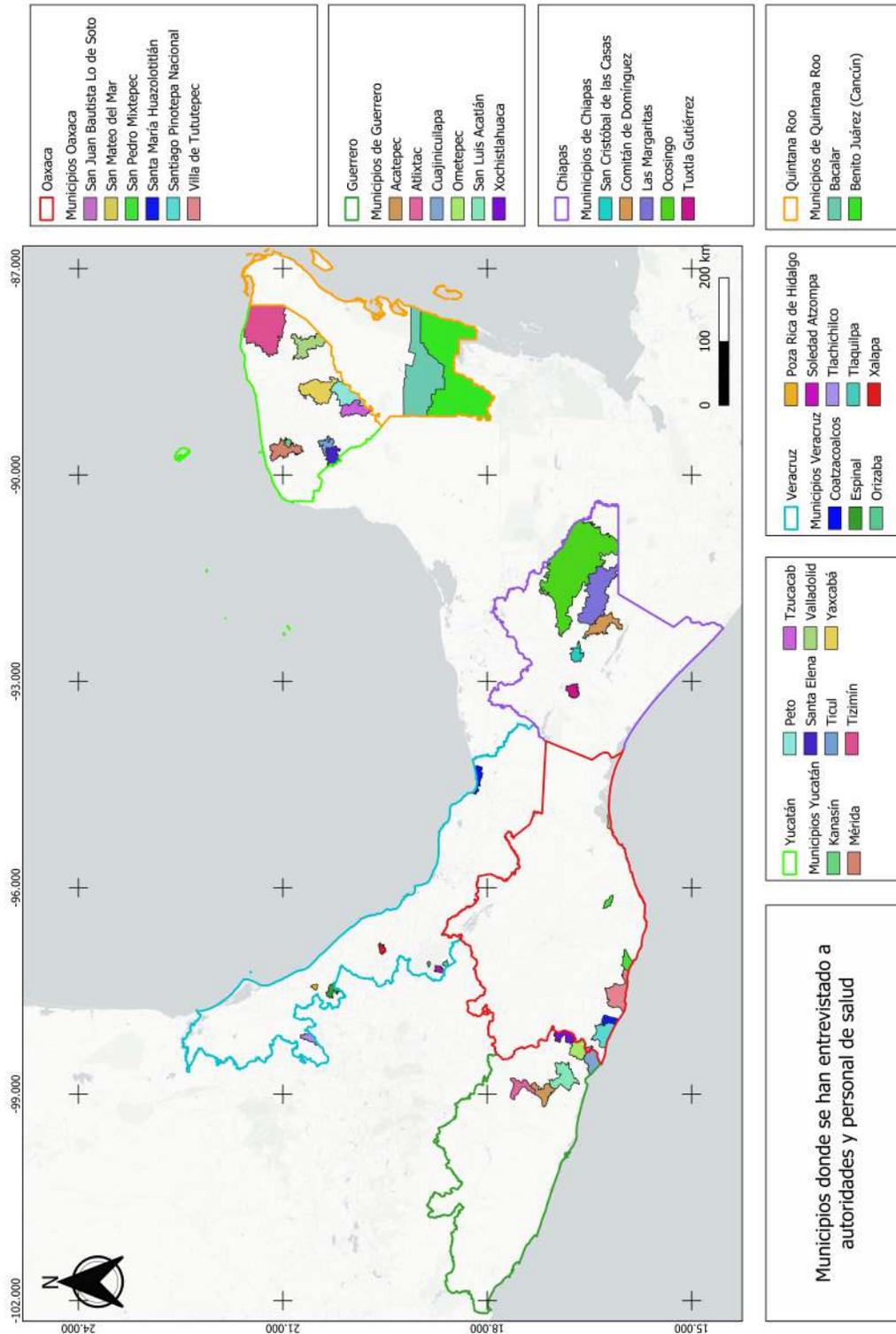
Tabla 2: Entrevistas realizadas a personal de salud, 2022.

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

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto.

Mapa 2. Entrevistas personal de salud

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



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto

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

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

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

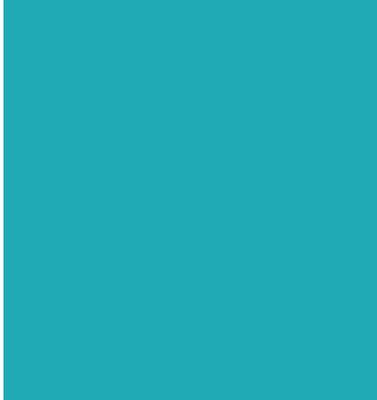
En quinto lugar, **se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022**. Estas reuniones tuvieron el objetivo de devolver la información sistematizada a las parteras, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias en relación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

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

4. LA ORGANIZACIÓN DEL INFORME

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

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



Guerrero

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

ELABORADO POR:

ADRIANA LOZANO DAZA

INVESTIGADORA ASOCIADA AL PROYECTO



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO

1.1. Población indígena y afroamericana

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

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

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

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

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

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

1.2. Datos de parteras y nacimientos

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

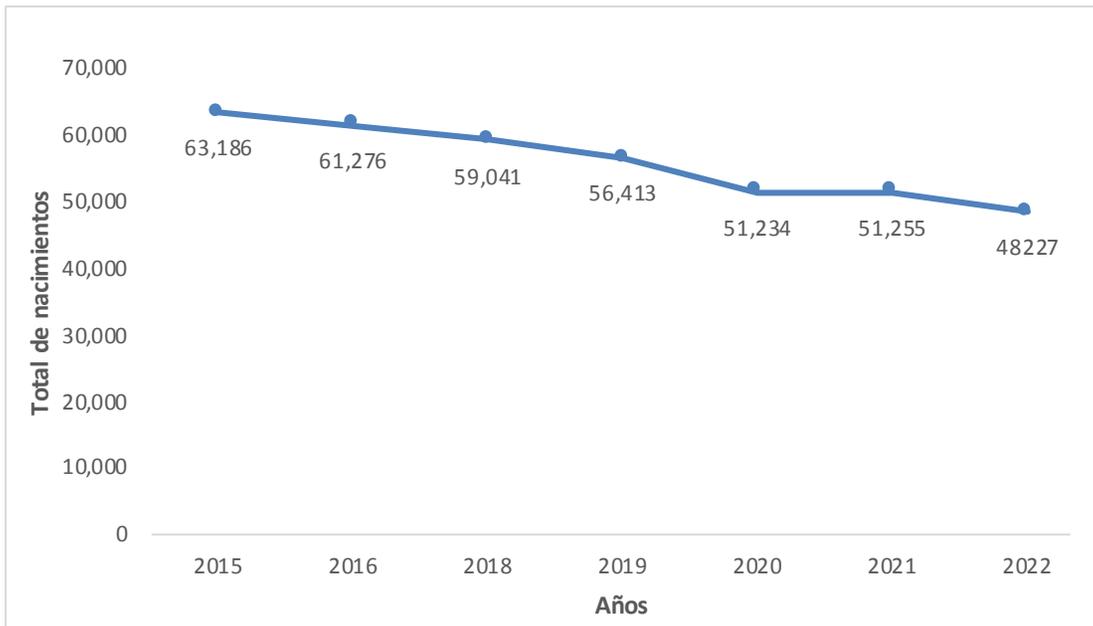
En 2020, el SINAC reporta 51,234 nacimientos en el estado, de estos 3,276 fueron atendidos por parteras, (6.4%). Por su parte, en 2021 se reportaron 51,255 nacimientos en Guerrero, de los cuales 2,951 fueron atendidos por parteras (véase gráficas 1, 2 y 3).

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

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

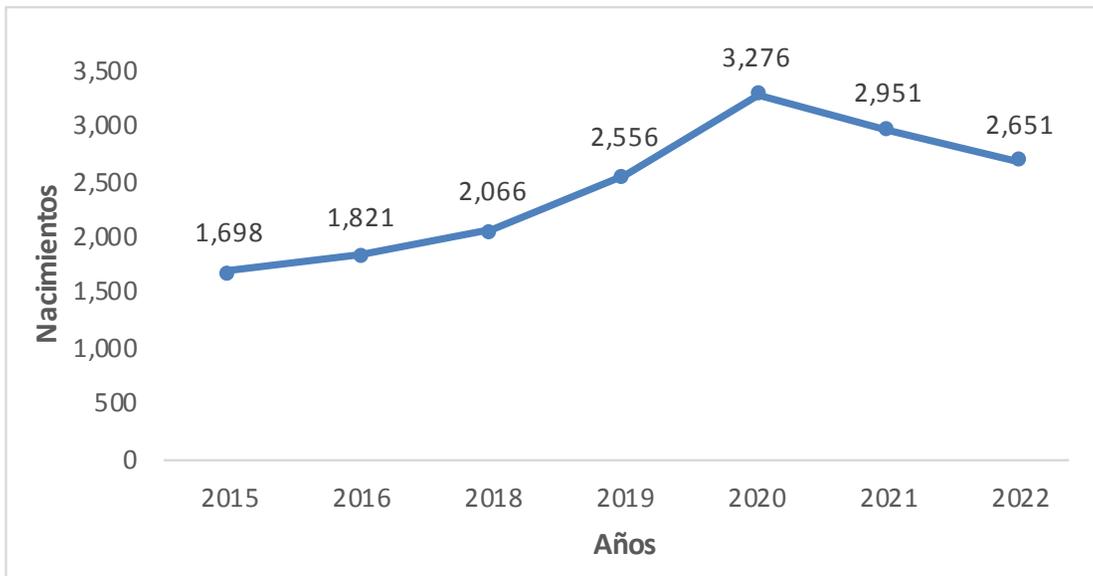


Gráfica 1. Nacimientos totales Guerrero (2015-2021)



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

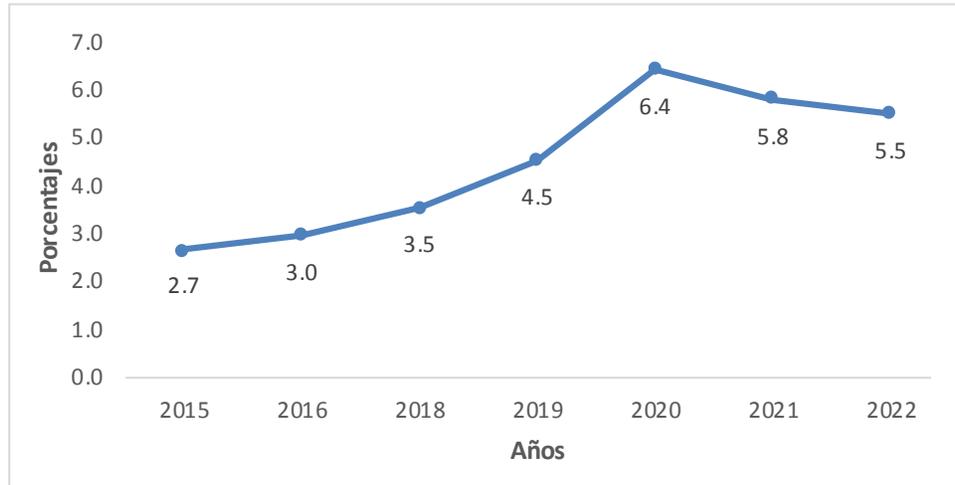
Gráfica 2. Nacimientos totales atendidos por parteras Guerrero (2015-2021)



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



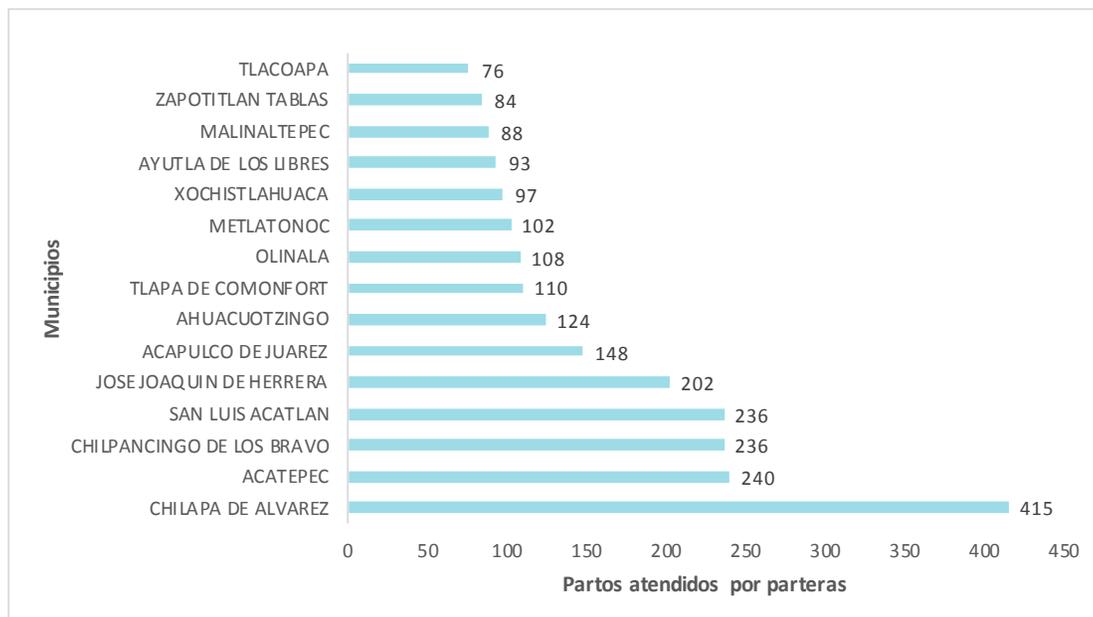
Gráfica 3. Porcentajes de nacimientos atendidos por parteras Guerrero (2015-2021)



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

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

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



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



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



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

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

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

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



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

1.3. Características generales del Sistema de Salud

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



2. Personas entrevistadas

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

2.1. Perfil de parteras entrevistadas

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

2.2. Perfil del personal salud entrevistado

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

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



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

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

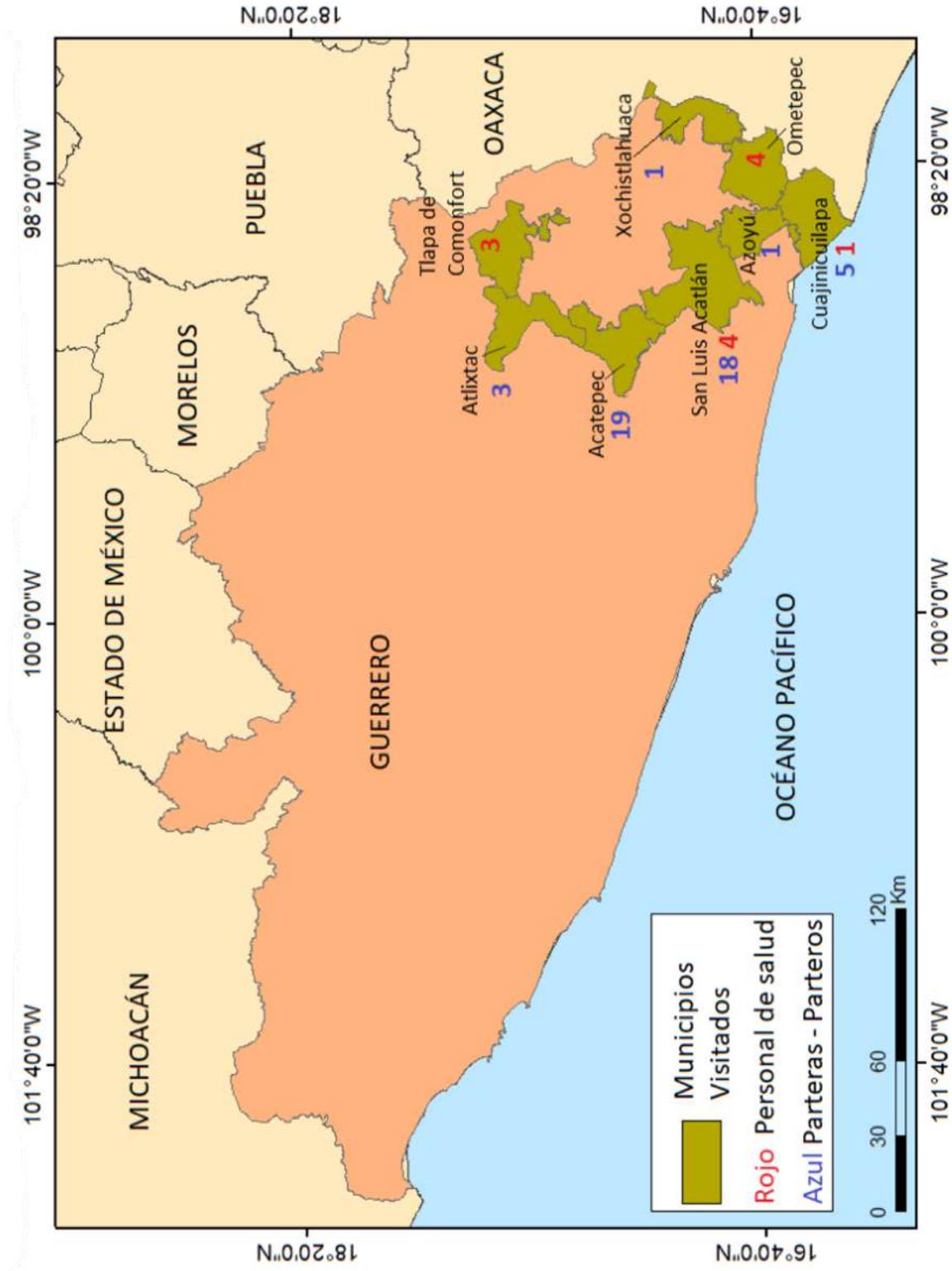
Número de entrevistas	Cargo o responsabilidad
1	Coordinaciones Salud Reproductiva
1	Jefaturas de Servicios de Salud
2	Responsables de Salud Materna
4	Responsables de Componente Comunitario y/o partería
2	Direcciones de Hospital
1	Jefaturas de gineco
1	Otros
1	Presidente municipal
Total=13	

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

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

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

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



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto





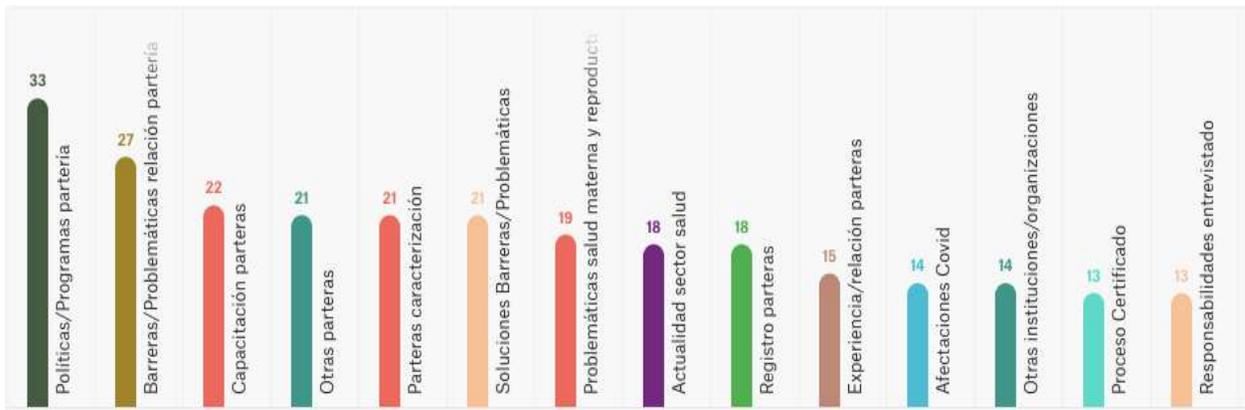
3. PRINCIPALES HALLAZGOS

3.1 Códigos de interés

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

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

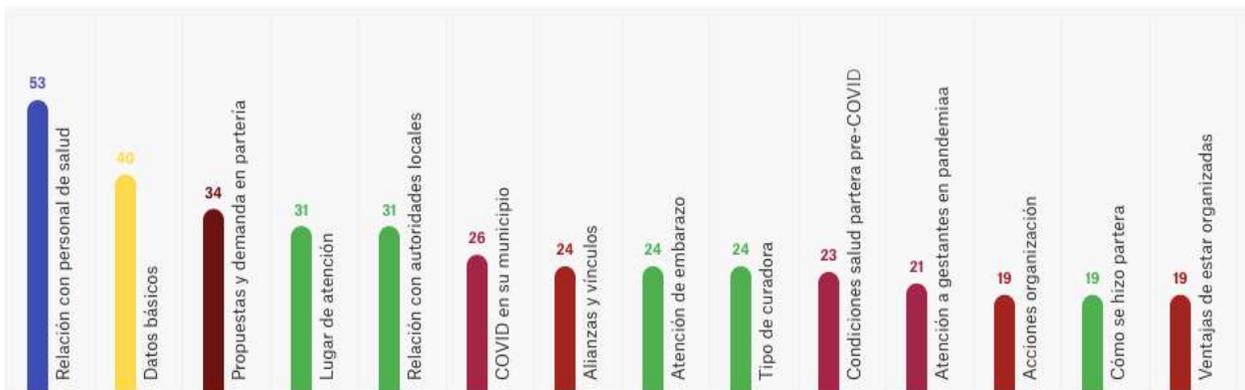
Gráfica 6. Densidad de códigos entrevistas personal de salud Guerrero, 2022



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.

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

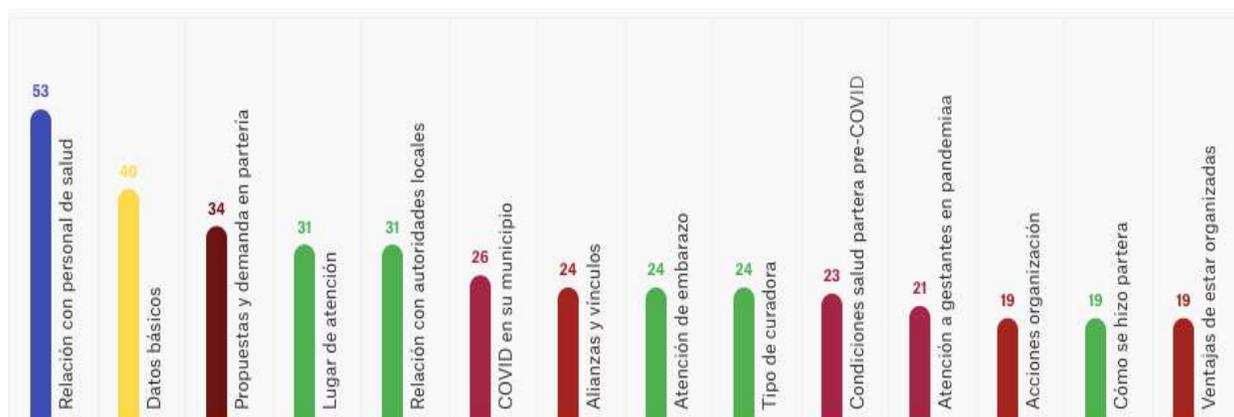
Gráfica 7.. Parteras Guerrero, densidad de códigos, 2021



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.



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



Fuente: reportes Atlas. Ti. Elaboración propia.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

E: ¿hasta qué año atendió embarazadas?

P: Como 10 años

E: Como en el 2011



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

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

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

E: ¿Pero antes sí atendía?

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

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

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

E: ¿Por qué no quisieron?

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

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

P: No

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

P: Eso dicen (066GRO).

E: ¿Quedan parteras (...) todavía?

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



3.4. Capacitación y registro de parteras

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.5. Certificados de nacimiento

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

E: ¿La hoja de alumbramiento?

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

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

P: Sí, sí

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



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

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

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

4. OTROS HALLAZGOS GENERALES

4.1. Actualidad del sector salud

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

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

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

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

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



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

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

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

4.2. Políticas y programas

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

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

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

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



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

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

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

4.3. Otras parteras

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

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

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

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



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

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

5. BUENAS PRÁCTICAS, APRENDIZAJES Y RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

