

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

2021 - 2022



INFORME POR ESTADOS

COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo



III • OAXACA

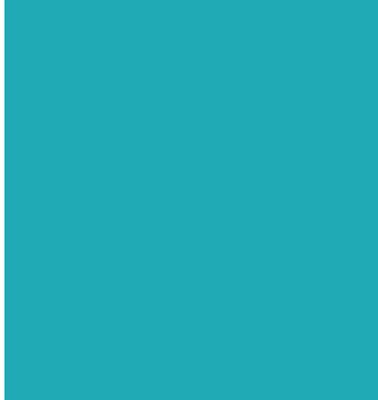
Lina Rosa Berrio Palomo

Paola Ma. Sesia



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 OAXACA	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	7
2.1 Perfil de parteras entrevistadas	9
2.2 Perfil de personal de salud entrevistado	10
3. PRINCIPALES HALLAZGOS	11
3.1 Hallazgos desde las parteras	13
3.1.1 Transmisión de saberes	13
3.1.2 Procesos organizativos	14
3.1.3 Relación con el Sector Salud	16
3.1.4 Atención durante la pandemia	19
3.2 Hallazgos desde el personal de salud	21
3.2.1. Problemáticas del Sector Salud	21
3.2.2 Problemáticas con relación a la partería tradicional	29
3.3 Capacitación	32
3.4 Certificado de nacimiento	34
4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS	37
4.1 Problemática y demandas de las parteras	37
4.2 Problemática y demandas de acuerdo al personal de salud	39
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes	43
5.2 Recomendaciones	43



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.

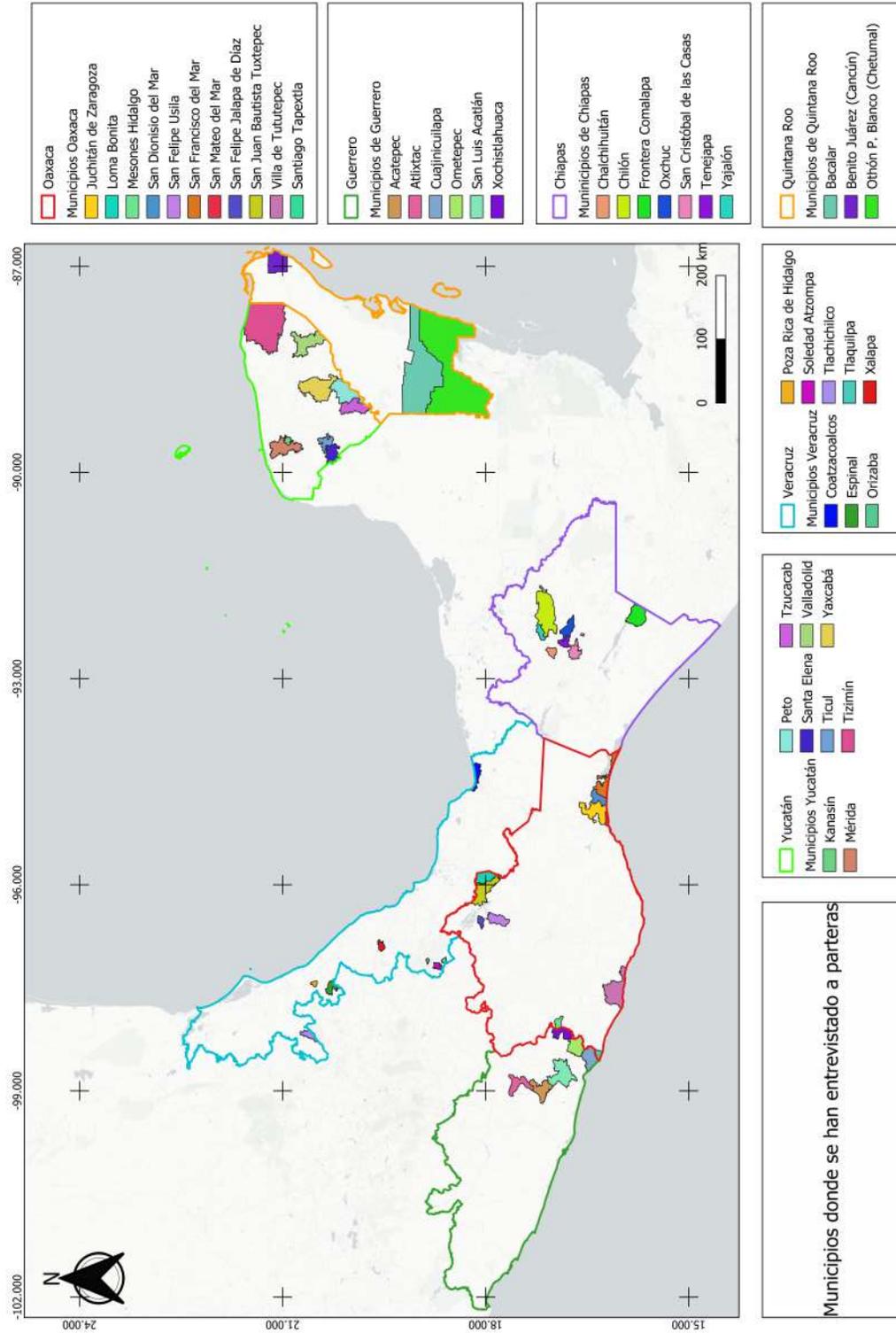
Tabla 1. Entrevistas realizadas a parteras, 2021-22

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:

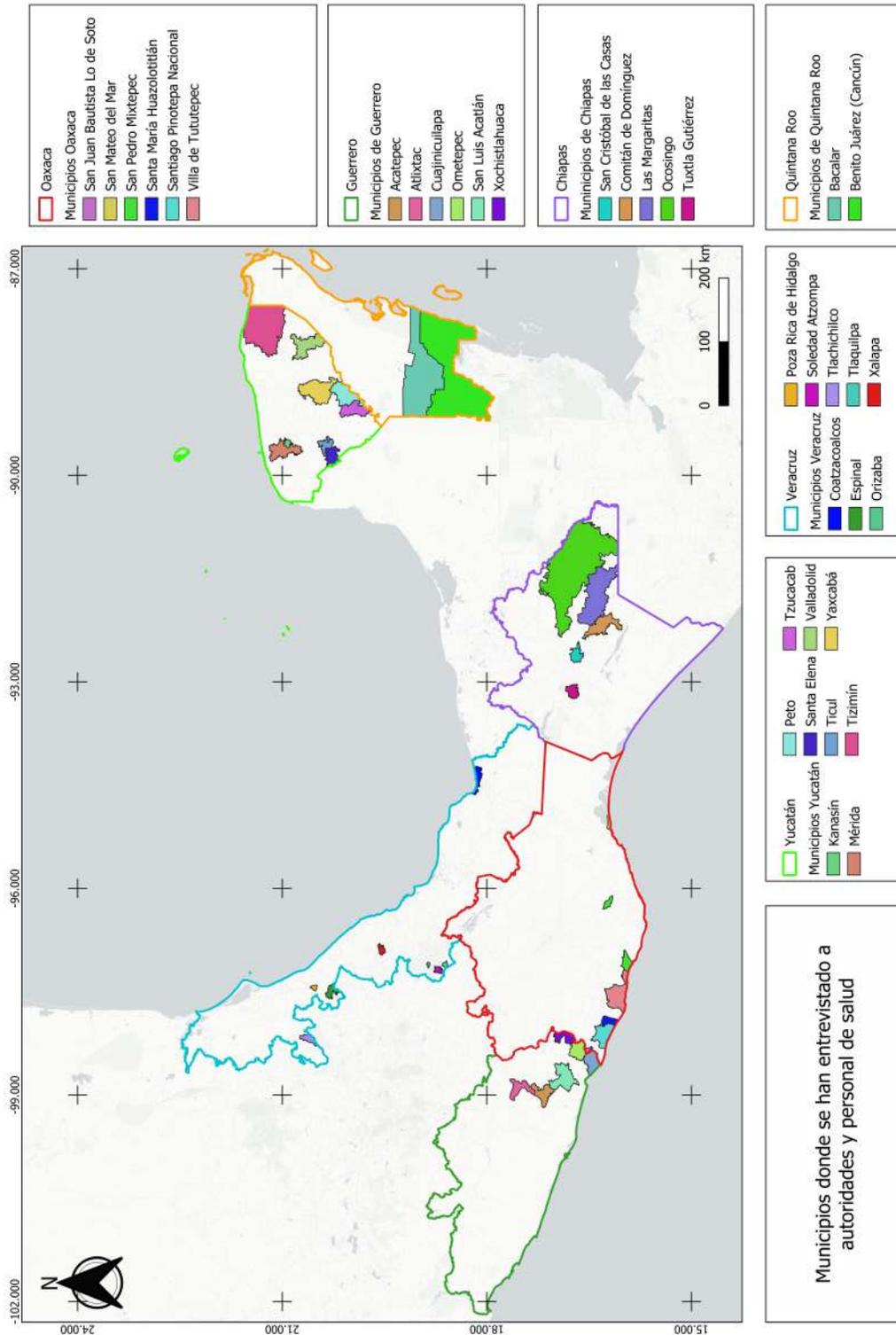
Tabla 2: Entrevistas realizadas a personal de salud, 2022.

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.

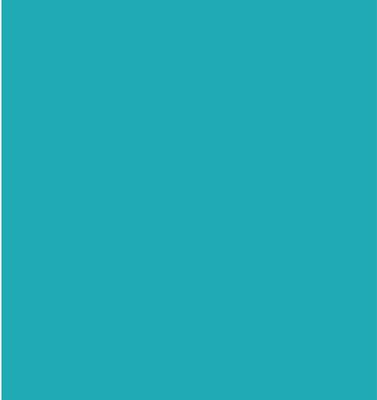
En quinto lugar, **se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022**. Estas reuniones tuvieron el objetivo de devolver la información sistematizada a las parteras, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias en relación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



Oaxaca

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

ELABORADO POR:

LINA ROSA BERRIO PALOMO

PAOLA MA. SESIA



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE OAXACA

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

1.1. Población indígena y afroamericana

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

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

1.2. Datos de parteras y nacimientos

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

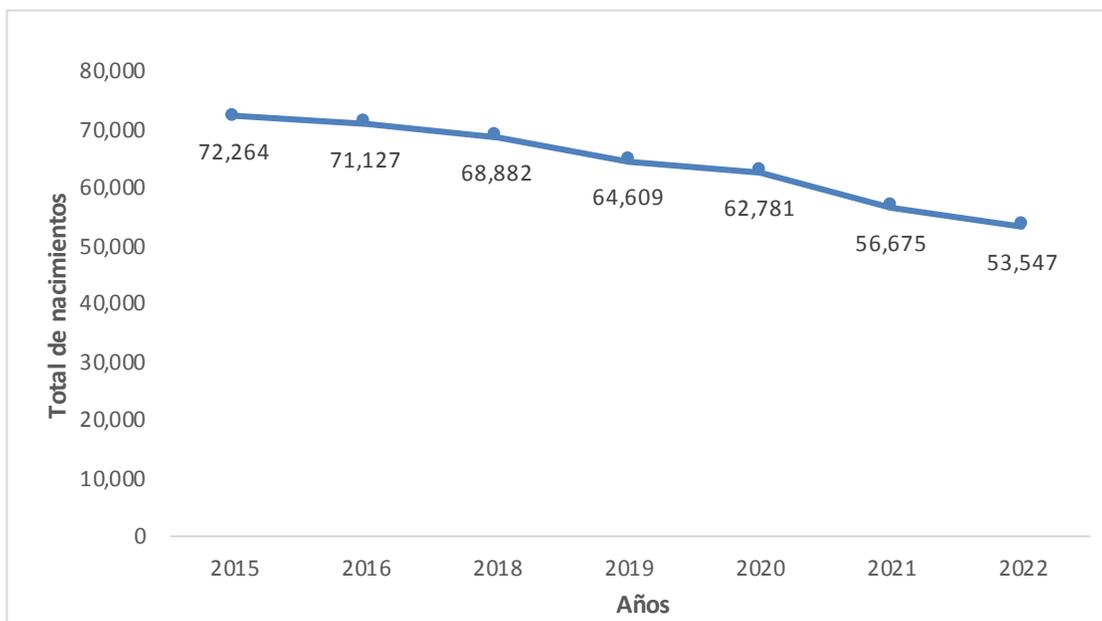
1. Las fuentes de la información sociodemográfica del estado y en particular de la población indígena y afrodescendiente son: INEGI (2021), *Censo de Población y Vivienda 2020* y los resultados del Cuestionario ampliado, aplicado durante el mismo censo.



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

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

Gráfica 1. Nacimientos en Oaxaca, 2015-2022

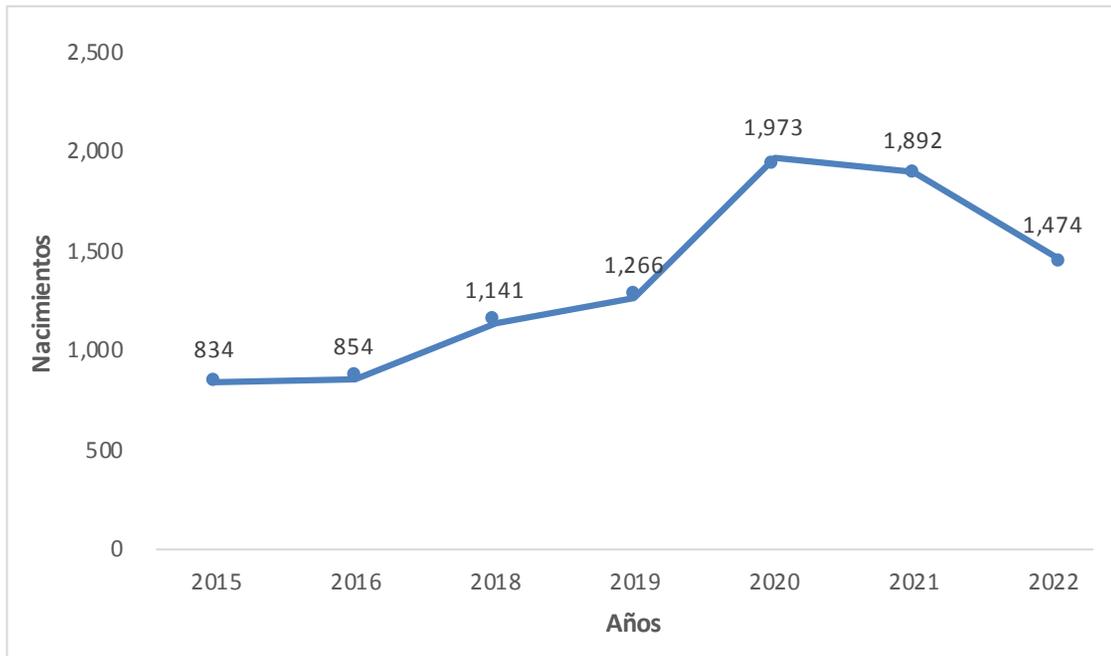


Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

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

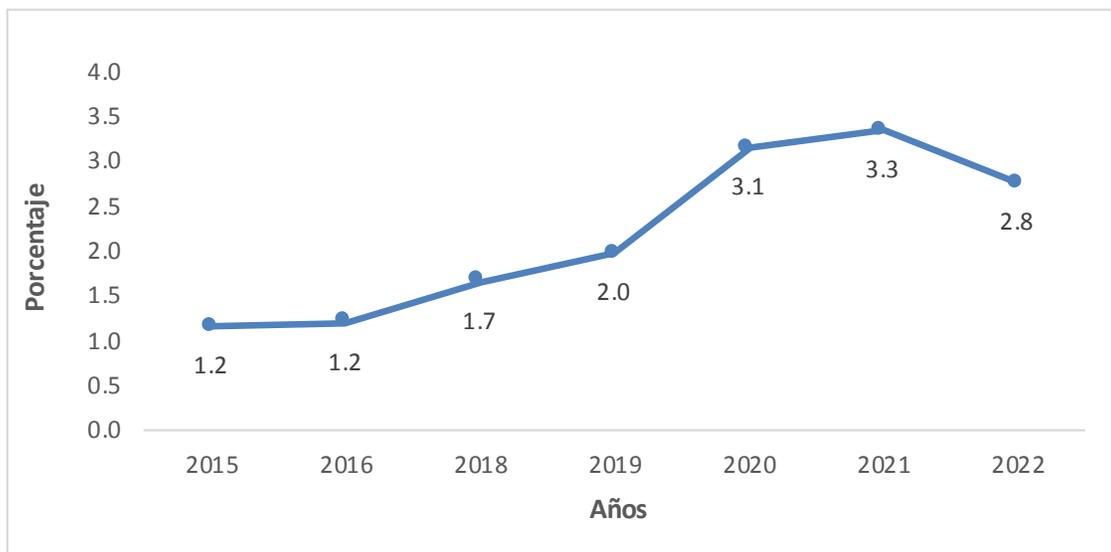


Gráfica 2. Número de nacimientos atendidos por Oaxaca, 2015-2022



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

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



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

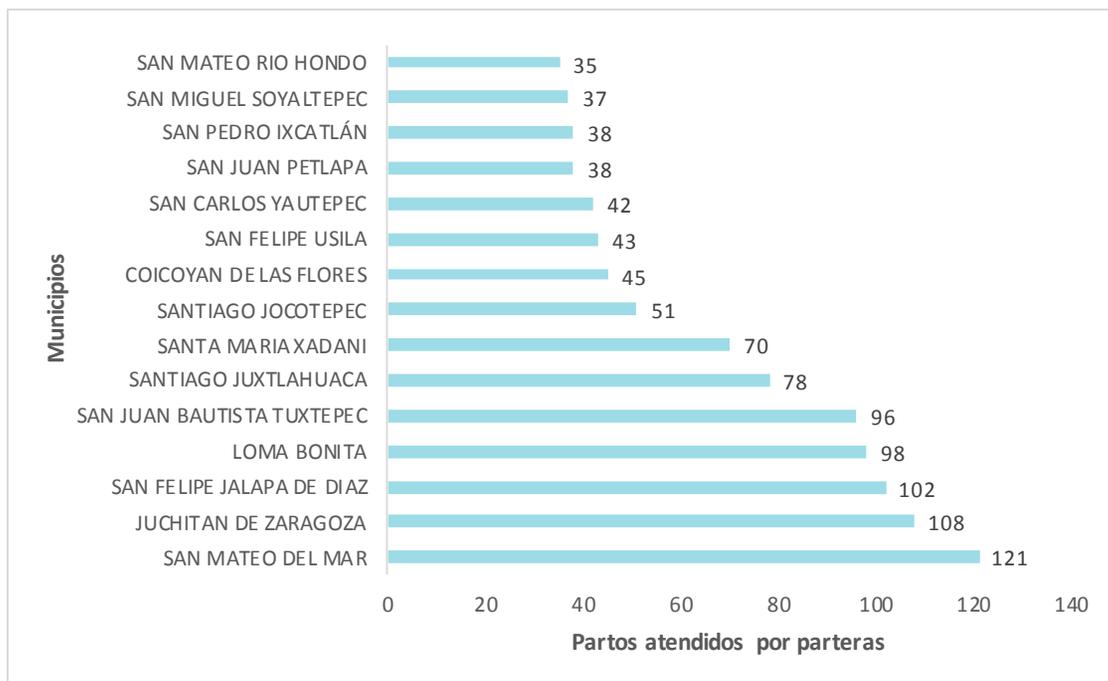


Es importante señalar que el número de nacimientos en la entidad viene disminuyéndose de manera sostenida, pasando de 72,264 en 2015 a 56,675 personas nacidas en 2021 (Véase gráfica 1). En contraste, los partos atendidos por parteras presentan ligeros incrementos en el mismo periodo pero sin duda el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

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

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

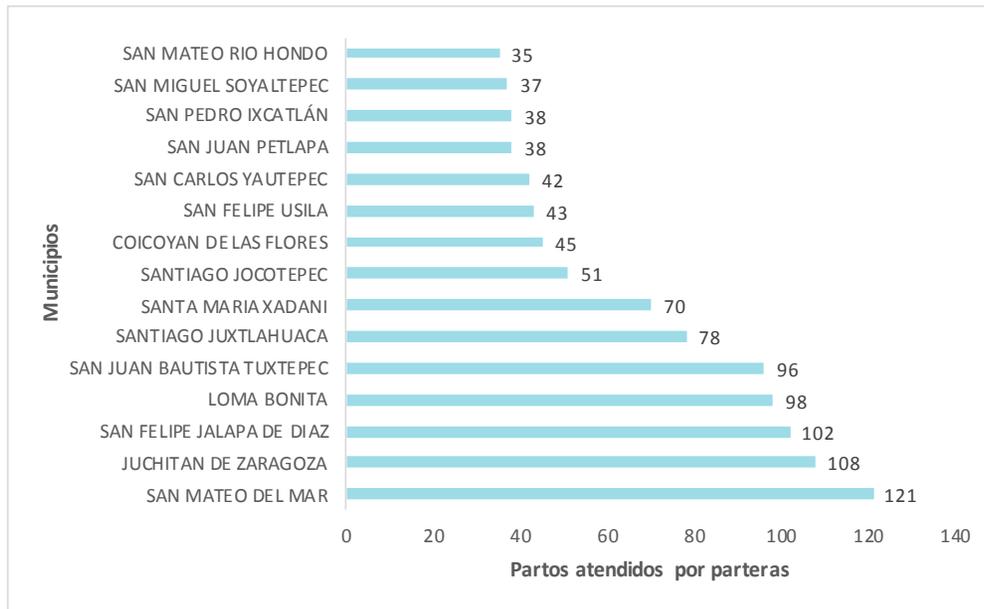
Gráfica 4. Partos atendidos por parteras, principales municipios de Oaxaca, 2020



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA



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



Fuente: Elaboración Aide Rodríguez con base en SINAC, SSA

1.3. Características generales del Sistema de Salud

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

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

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

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

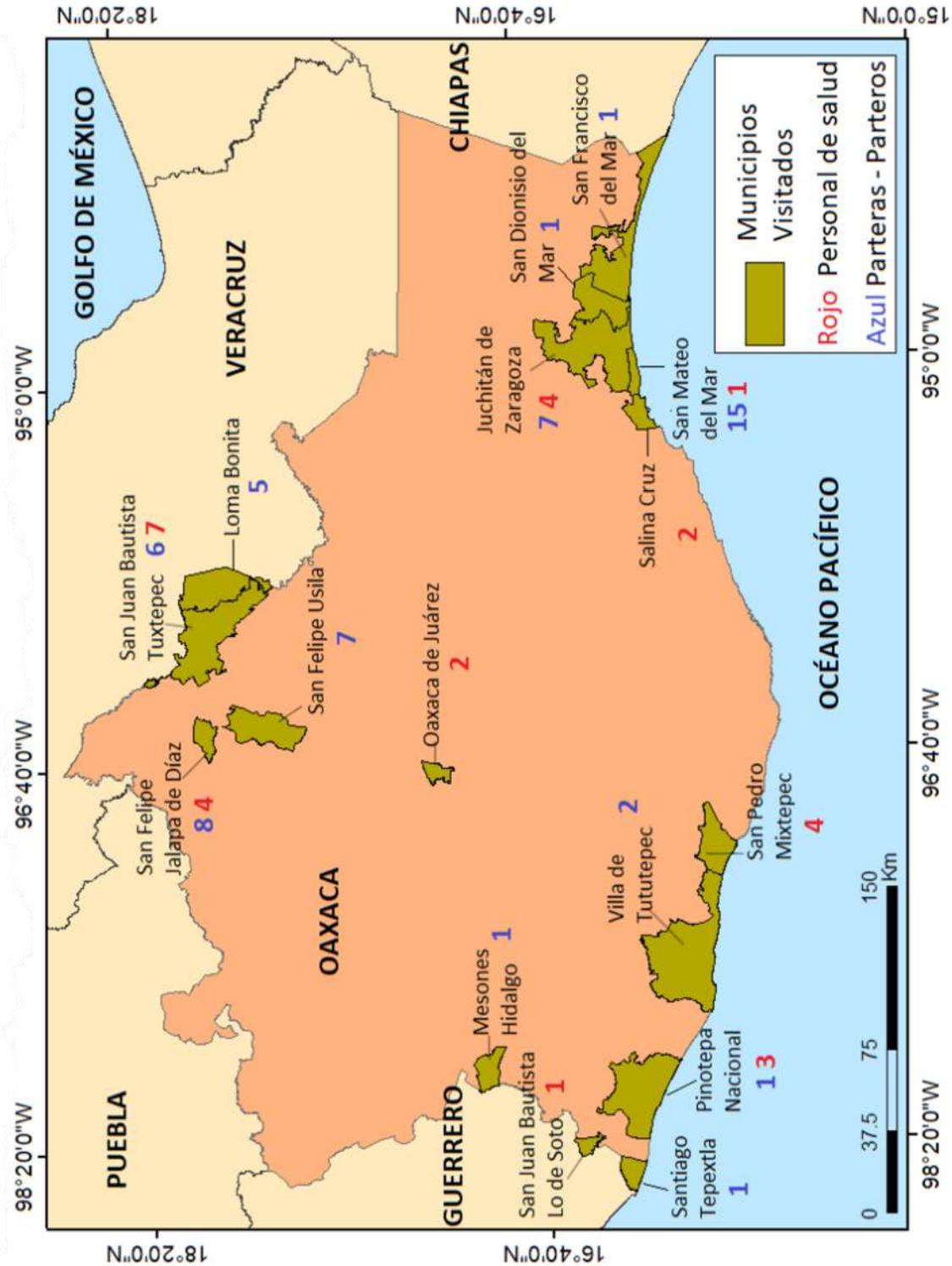
Las entrevistas se concentraron en municipios con alto porcentaje de partos atendidos por partera, entre estos, de la Jurisdicción 02-Istmo, 03-Tuxtepec y 04-Costa; en estas jurisdicciones se entrevistaron también autoridades de salud. Finalmente, se realizaron entrevistas con las autoridades de salud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

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



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

Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Oaxaca 2022



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto



2.1 Perfil de parteras entrevistadas

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

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

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

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

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



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

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

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

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

2.2 Perfil de personal de salud entrevistado

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

Los municipios de los cuales proviene el personal de salud incluyen a Oaxaca de Juárez, San Mateo del Mar, Juchitán de Zaragoza, Pinotepa Nacional, San Pedro Mixtepec, distrito 22 (Puerto Escondido), San Juan Bautista Tuxtepec, San Juan Bautista Lo de Soto, San Felipe Jalapa de Díaz y Salina Cruz (véase Mapa 1).

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



Tabla 1. Personas entrevistadas en Oaxaca 2021

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

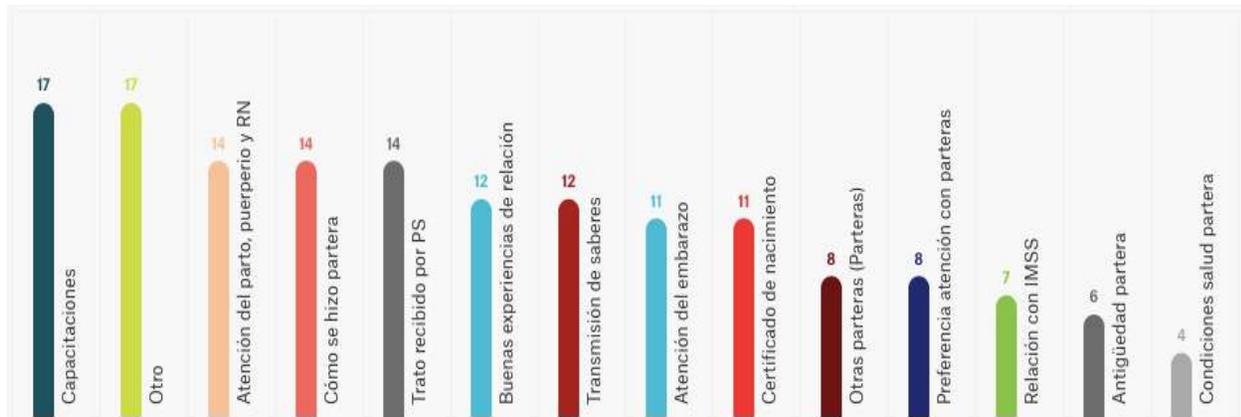
Fuente: Elaboración propia con base en datos de entrevistas realizadas, 2022

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

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

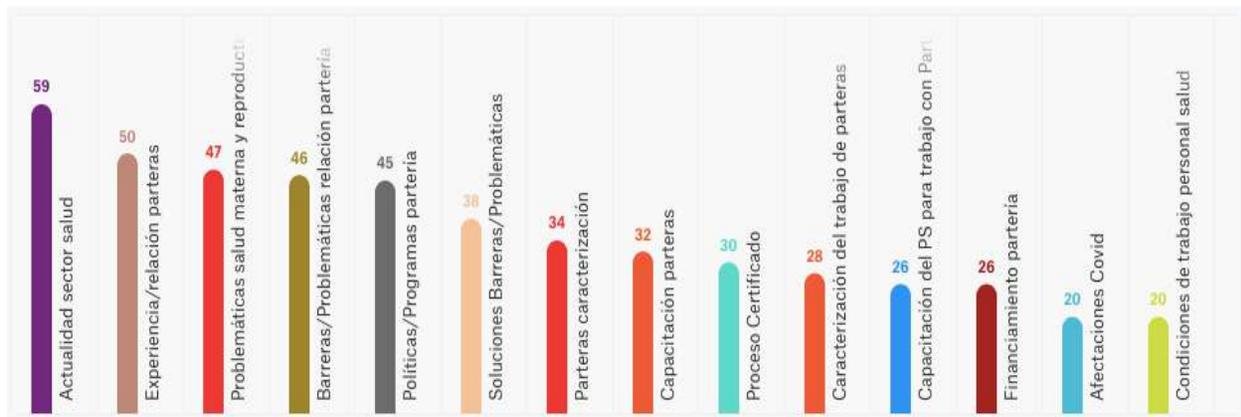


Gráfica 6. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con parteras Oaxaca, 2021



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

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



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

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



3.1 Hallazgos desde las parteras

3.1.1 Transmisión de saberes

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.1.2 Procesos organizativos

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



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

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

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

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

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

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



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

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

3.1.3 Relación con el Sector Salud

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

E: ¿Aquí hay ambulancia?

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



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

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

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

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

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

3.1.4 Atención durante la pandemia

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

A veces le temen a ir al hospital porque a veces dicen, “no, es que entró bien y ya la estaban metiendo al área de Covid y dicen no, yo no quiero que me hagan lo mismo” o al bebé, o porque nació. Sí. Por eso le digo que con que yo ayude me siento muy satisfecha porque sabemos que ahorita los hospitales están saturados (005OAX).

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

3.2 Hallazgos desde el personal de salud

3.2.1. Problemáticas del Sector Salud

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



3.2.2 Problemáticas con relación a la partería tradicional

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

3.3 Capacitación

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

3.4 Certificado de nacimiento

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

4.2 Problemática y demandas de acuerdo al personal de salud

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

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

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

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

5.2 Recomendaciones

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



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

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



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

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

