



SITUACIÓN ACTUAL DE LA PARTERÍA INDÍGENA EN MÉXICO

2021 - 2022

INFORME POR ESTADOS



COORDINADORAS:

Paola Ma. Sesia

Lina Rosa Berrio Palomo



IV • QUINTANA ROO

Viaani Coral Mendoza López



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 QUINTANA ROO

1

1.1 Población indígena	1
1.2. Datos de parteras y nacimientos	1
1.3. Características generales del sistema de salud	4

2. ENTREVISTADOS Y ENTREVISTADAS

5

2.1. Perfiles de parteras entrevistadas	7
2.2 Perfiles del personal salud entrevistado	10

3. PRINCIPALES HALLAZGOS EN EL ESTADO

10

3.1. Hallazgos de las parteras	11
3.1.1. Transmisión de saberes	12
3.1.2. Procesos organizativos	15
3.1.3. Relación con el Sector Salud	17
3.1.4. Atención durante la pandemia	18
3.2. Hallazgos desde el personal de salud	20
3.2.1. Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional	20
3.3. Certificado de nacimiento	22
3.4. Capacitación y credencialización	26

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

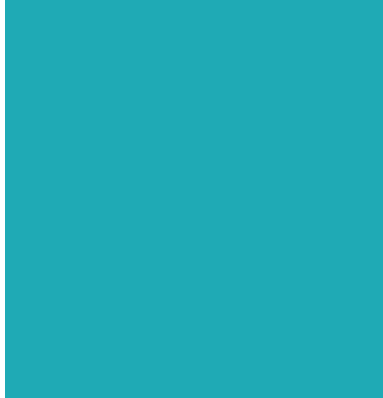
31

4.1. Problemática y demandas de las parteras	31
4.2. Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud	33
4.3. Convergencias entre problemáticas y demandas planteadas por las parteras y por el personal salud	35

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

36

5.1. Buenas prácticas estatales y aprendizajes	36
5.2. Recomendaciones	39



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.

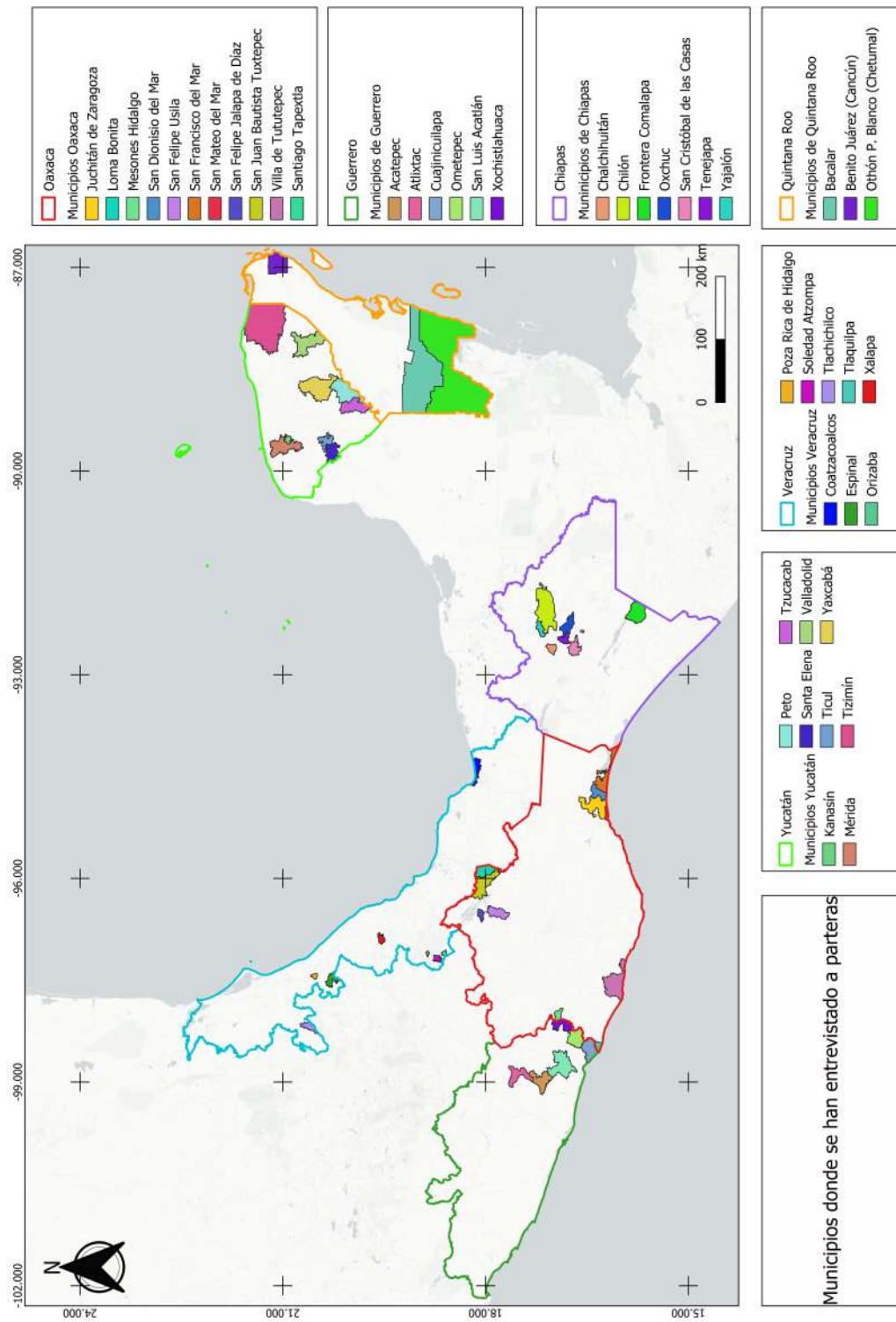
Tabla 1. Entrevistas realizadas a parteras, 2021-22

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).

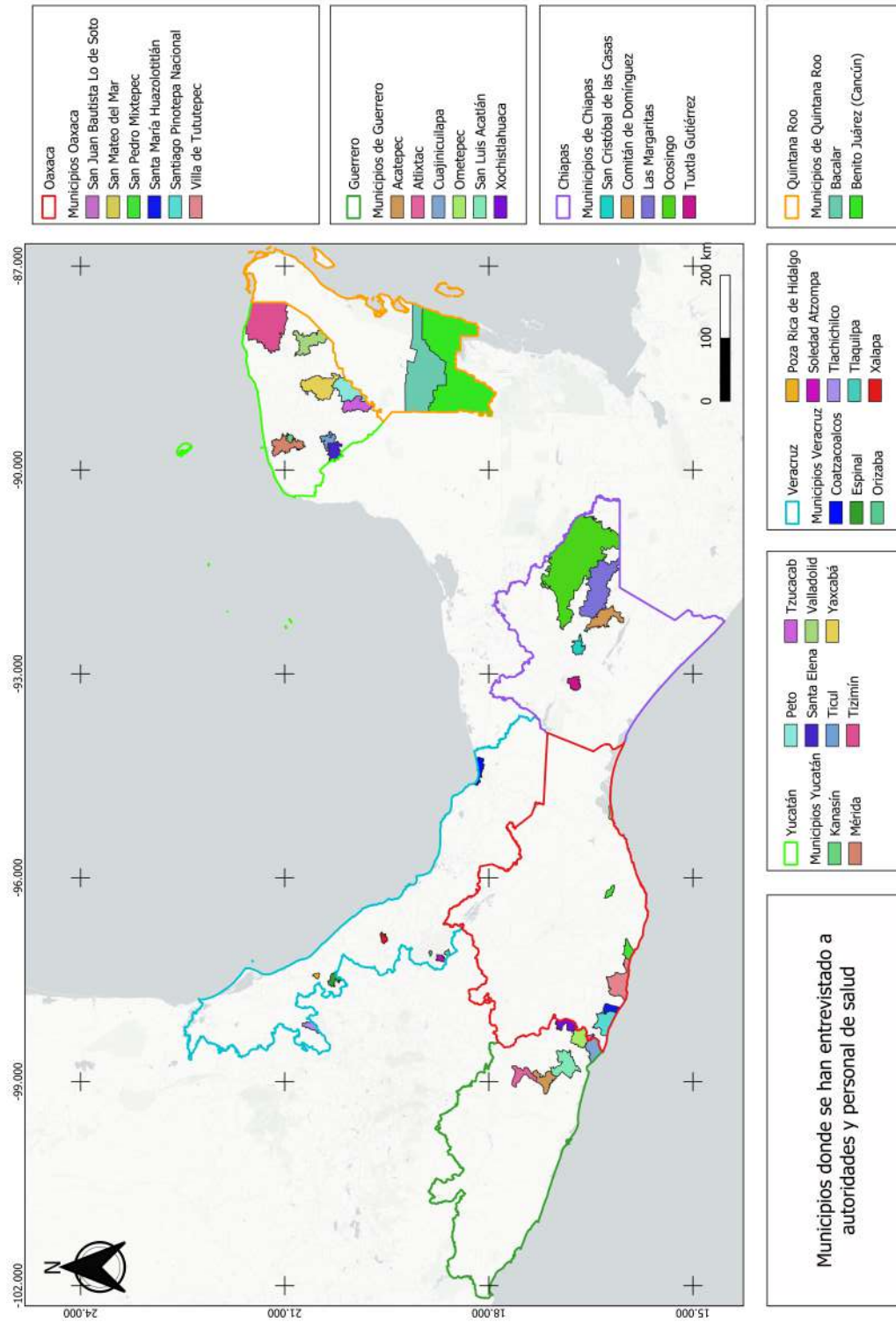
La siguiente tabla (2) resume el total de personas del sector salud entrevistadas en cada estado:

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



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.

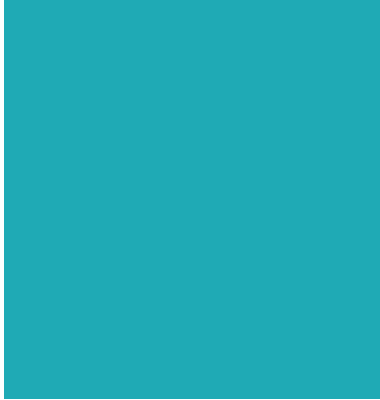
En quinto lugar, **se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022**. Esta reuniones tuvieron el objetivo de devolver la información sistematizada a las parteras, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias en relación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



Quintana Roo

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

ELABORADO POR:

VIAANI CORAL MENDOZA LÓPEZ

INVESTIGADORA ASOCIADA AL PROYECTO



1. CARACTERÍSTICAS Y CONTEXTO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

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

1.1 Población indígena

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

Tabla 1. Hablantes de lengua indígena en Quintana Roo

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

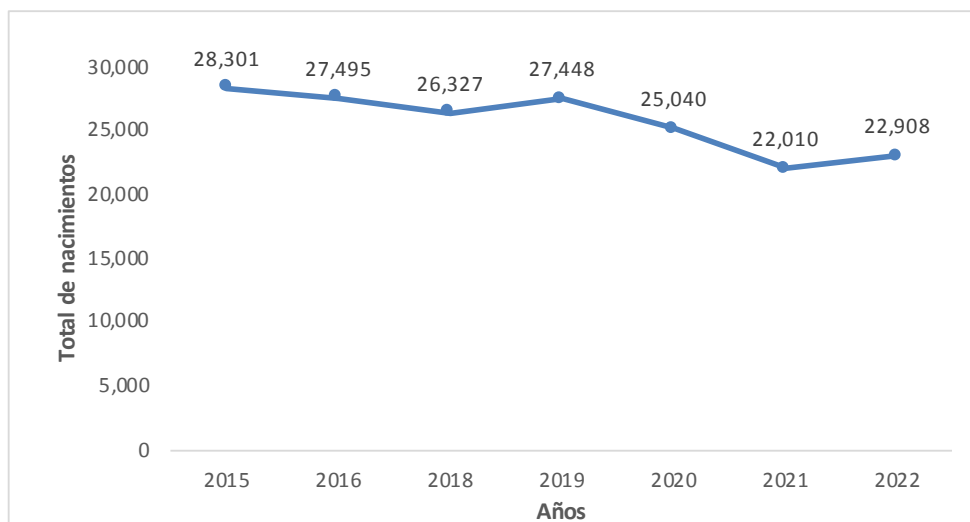
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. Elaboración propia

1.2 Datos de parteras y nacimientos

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



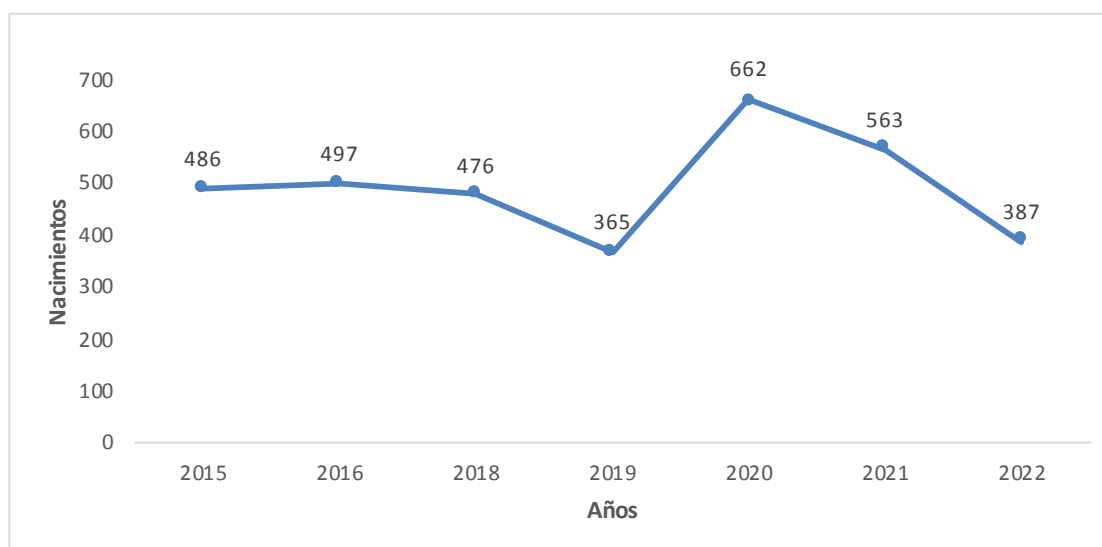
Gráfica 1. Nacimientos en Quintana Roo 2015 - 2022



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

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

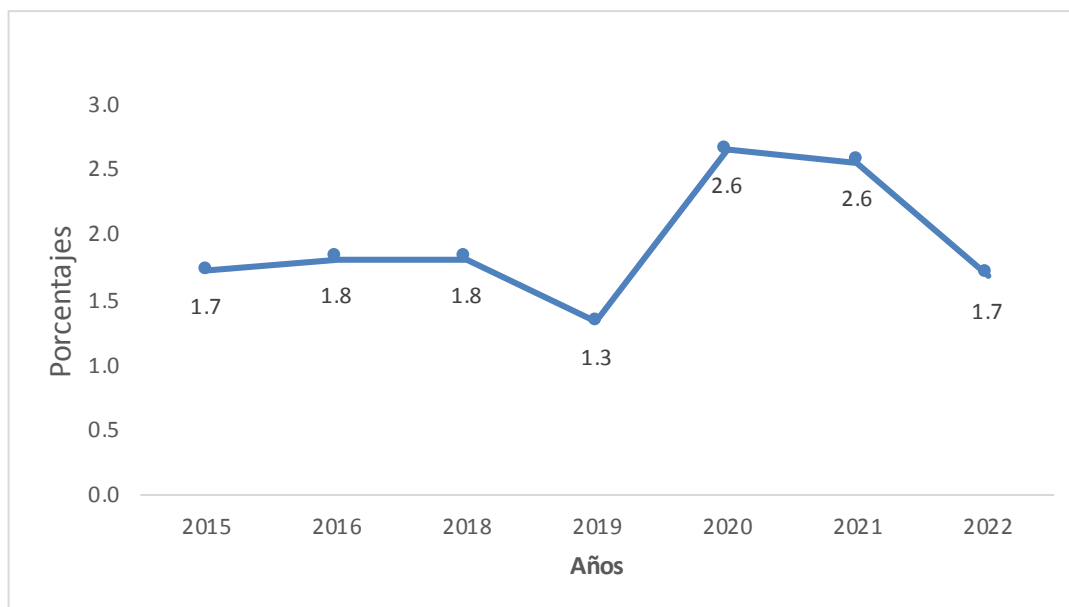
Gráfica 2. Número de nacimientos con parteras en Quintana Roo 2015 - 2022



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



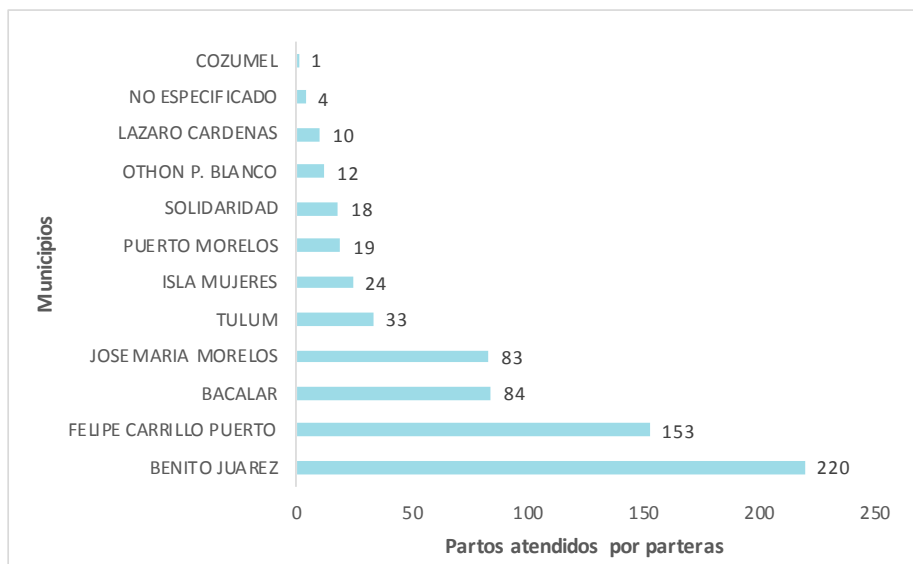
Gráfica 3. Porcentajes de nacimientos atendidos con parteras en Quintana Roo 2015 - 2022



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

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

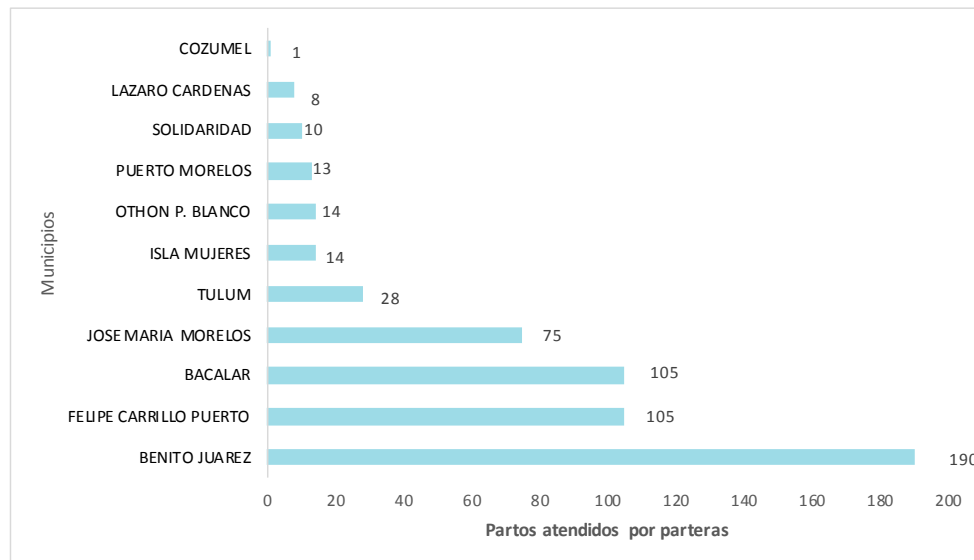
Gráfica 4. Partos atendidos por parteras por municipio, Quintana Roo, 2020



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



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



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

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

1.3 Características del sistema de salud

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

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



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

2. PERSONAS ENTREVISTADAS

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

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

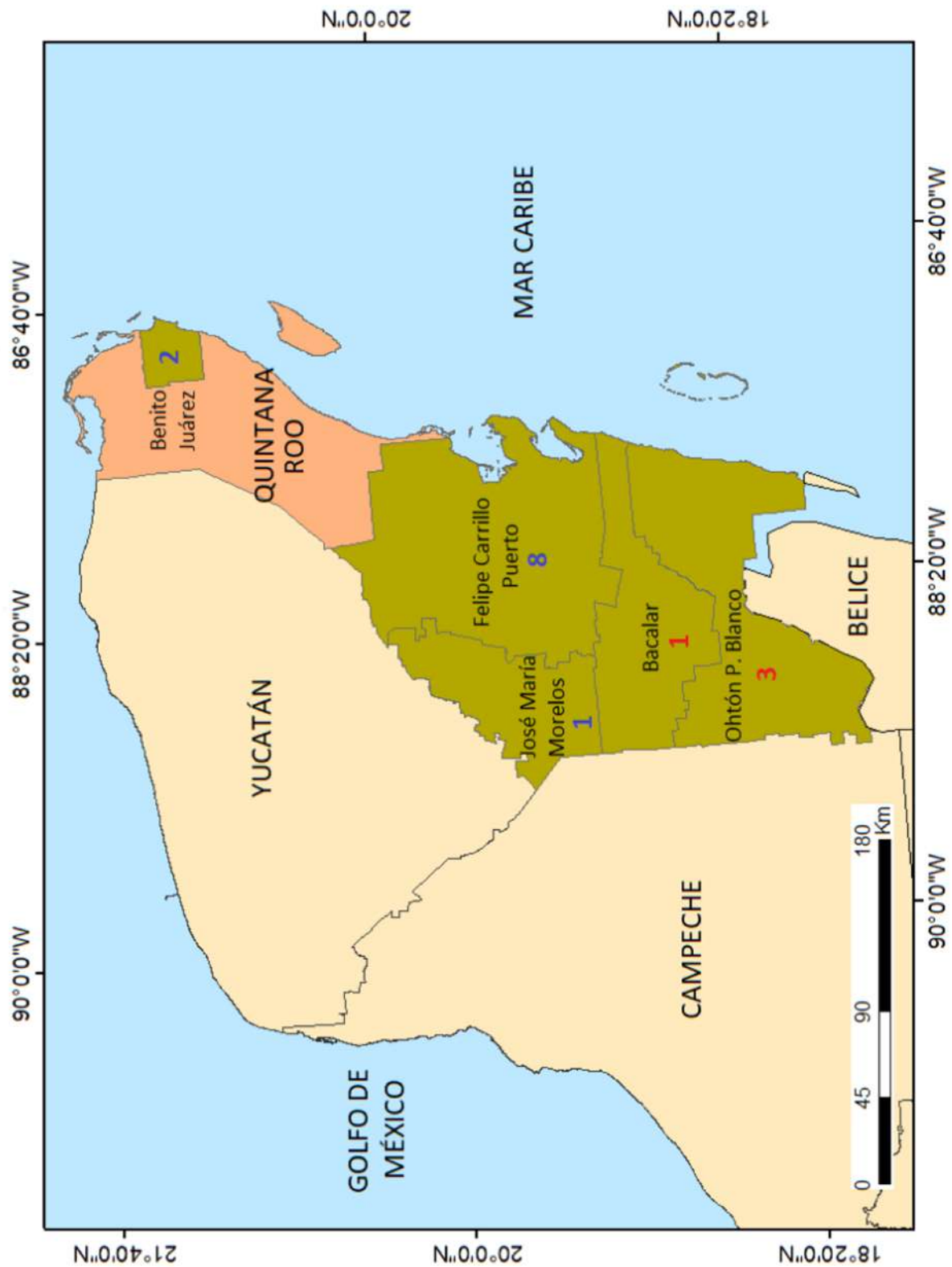
Tabla 2. Personas entrevistadas en Quintana Roo 2022

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

Fuente: Elaboración propia con datos del proyecto



Mapa 1. Municipios del trabajo de campo en Quintana Roo



Fuente: Elaboración Michele Balandra Rodríguez con datos del proyecto.



2.1 Perfiles de parteras entrevistadas

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

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

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

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

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

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

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

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

P: -Hoy fui a reportar un parto que di el domingo, me regañó, no sé si es la trabajadora social, me dijo "no ustedes cobran el parto no sé dónde le van a dar el nacido vivo, aquí no le vamos a dar nada a usted".



P: Me dice la señora con los papeles, "Ay sí vino la muchacha, pero aquí no importa nada, aquí sí, vean cómo hacerlo ustedes porque ustedes ya lo cobraron, aquí nada no nos importa" agarró y cerró la puerta el muchacho porque ya era tarde, porque ya estaba saliendo, no sé (O7OQROO).

Un tercer perfil refiere a parteras que reportan tener una vinculación positiva con el personal de salud en su zona, aun si también afirman enfrentar carencias en los apoyos de materiales para atender. Sobre esta relación una médica del municipio de Bacalar comparte su experiencia:

Yo me dí cuenta de que me llegaban muy tarde las embarazadas, entonces yo tendría que buscar alguna estrategia para captar a las embarazadas desde el principio, y quienes me iban a ayudar eran las parteras. Entonces ellas tenían su grupo, entonces fue que dije "pues aquí", de aquí soy porque ellas son las que me van a apoyar mucho. Nadie me lo dijo, fue la necesidad, y no creas que fue fácil, a pesar de que son de aquí. Ahorita sí considero que estamos trabajando, pero en total equilibrio (...) yo siempre digo que ellas son súper buenísimas en saber la posición de los bebés, a pesar de que nosotros lo sabemos y podemos hacerlos, yo siempre le doy el crédito a ellas de que saben. Yo les digo (a las embarazadas): "¿Qué te dijo tu partera?" y ya me dicen "No, pues, de que viene sentadito"... Efectivamente, siempre les doy el crédito para que nos crean a las dos, y las parteras van conmigo, me dicen "mis pacientes son tantas y me preguntan cómo van en su consulta y su control" y yo les digo a ellas igual lo que pasa, trabajamos muy en equipo. Son tres parteras, las otras dos no, ya están grandes las señoras y ya no atienden partos (PS11QROO).

Un cuarto perfil incluye a parteras tradicionales que forman alianzas con parteras fuereñas o extranjeras, ellas atienden en espacios privados de zonas turísticas especialmente a mujeres extranjeras o mujeres nacionales de clase media y alta que deciden tener una experiencia no hospitalaria del parto.

Un segundo grupo que encontramos, corresponde a parteras que normalmente no son indígenas. Aquí se encontraron dos perfiles. El primero refiere a parteras extranjeras que atienden partos en instituciones privadas, muchas veces cobrando montos elevados por la atención del parto. Durante el trabajo de campo logramos registrar la presencia de parteras suizas, brasileñas, argentinas, alemanas, rusas, canadienses y beliceñas que trabajan especialmente en la zona turística atendiendo a mujeres nacionales de clase alta-media y turistas extranjeras, además de parteras y parteros en la zona menonita que atiende exclusivamente a su población.

Finalmente, hay un último perfil integrado por parteras profesionales que son enfermeras obstetras con especialidad en enfermería perinatal que se encargan de partos de bajo riesgo (Secretaría de Salud, 2018 ¹) en el Hospital General de Carrillo Puerto el cual adoptó el modelo de partería profesional desde el 2015.

¹ SECRETARÍA DE SALUD (2018). Partería profesional en México. Recuperado de https://maternidadsegura.com.mx/6ta-reunion-tecnica/presentaciones/01_Parteria_Profesional_en_Mexico.pdf SECRETARIA



Para este estudio se abarcaron los primeros tres perfiles que corresponden a parteras y sobadoras trabajando sin vínculos formales establecidos con el personal de salud, parteras vinculadas formalmente a los SESA-QRoo, pero que reportan haber tenido experiencias negativas frente al trato, y, por último, parteras que reportan tener una vinculación positiva con el personal de salud en su zona.

Sobre las características de las parteras entrevistadas, tenemos que se trata de mujeres mayores de edad con un promedio aproximado de 66 años, principalmente situadas o provenientes de poblaciones rurales pertenecientes a los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos.

Con base en datos del INEGI y estimaciones del CONEVAL 2020², los municipios con mayor porcentaje y número de personas en situación de pobreza extrema fueron Benito Juárez (Cancún), Felipe Carrillo Puerto, Othón P. Blanco, Bacalar, José María Morelos y Lázaro Cárdenas, ya que en estos, se concentró el 83.1% de la población en pobreza extrema del estado de Quintana Roo (INEGI, 2020; CONEVAL 2020). También de acuerdo con el INEGI, los dos grupos de edad con mayor analfabetismo en el estado son las personas entre los 60-74 años con un 11.9% y aquéllos con 74 años o más entre los cuales el porcentaje es de 24.3%. Estos datos nos ayudan a dar cuenta que tanto las parteras, como las sobadoras entrevistadas pertenecen a un grupo de población en condición de vulnerabilidad, y que con base a las entrevistas realizadas se encuentran desprotegidas por los servicios de salud, pues no cuentan con acceso a la seguridad social, ni tampoco a un apoyo económico digno por realizar su labor.

Sobre esto el personal de salud de SESA-QRoo encargado del desarrollo de la vinculación con las parteras comparte los siguientes datos contextuales:

Para describir el contexto me gustaría comenzar a abordar esa sensibilidad cultural a través de las vulnerabilidades sociales pensando en que tenemos una comunidad indígena ubicada en zonas de alta marginación (...) Esto quiere decir que tenemos a población analfabeta con bajo acceso a servicios públicos, educación, salud. Ya te tocó a ti ver el acceso carretero, por ejemplo, en ciudad debes ir 30 minutos de distancia quizás no parece tanto, pero en este tipo de zonas rurales 30 minutos de distancias se pueden convertir en 12 horas para llegar de un punto a otro (...) partiría de ahí en el que la desigualdad social se vive como de libro (...) [la desigualdad estos contextos también el posible ver](...) al final de cuentas el estado de Quintana Roo es el estado que más aporta al producto interno bruto (PIB) del país, entonces tenemos una zona que es cosmopolita que la gente es del todo el mundo, se cuenta con inversión del extranjero y una infraestructura importante para el turismo [donde el contexto es totalmente distinto](...) En algún momento intentamos generar un perfil sociodemográfico, y en este perfil sociodemográfico participó cerca de un tercio de la población de parteras, nos dimos cuenta que promediaban 66 años de edad que, más del 50% presentaban problemas de salud y el 100% tenía una demanda única que era contar con el apoyo de los servicios de salud para brindar su atención (PS13QROO).

2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). Informe de pobreza y evaluación 2020. Quintana Roo. CONEVAL. Recuperado de file:///C:/Users/IISUA/Downloads/Informe_Quintana_Roo_2020.pdf



2.2 Perfil personal de salud entrevistado

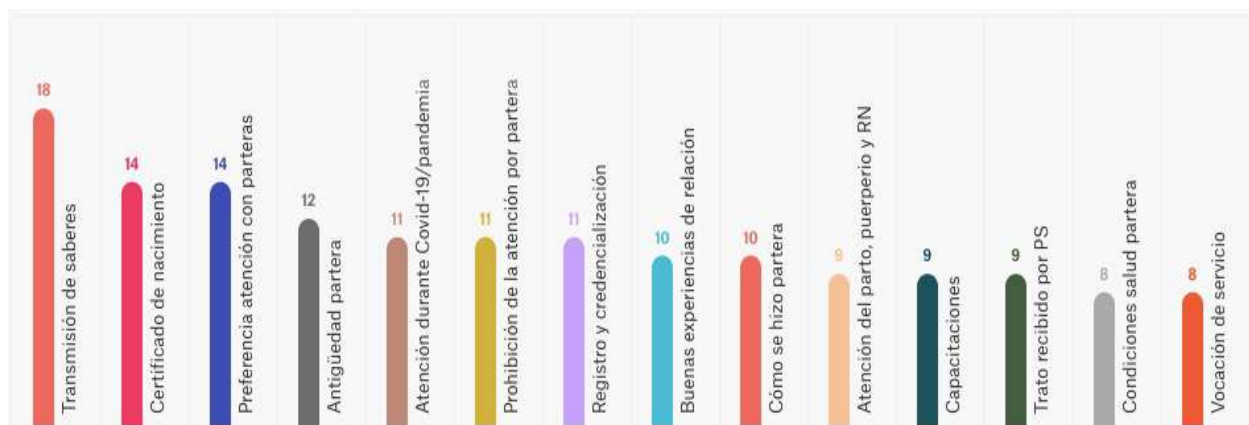
El acercamiento con personal de salud fue desde las oficinas de los SESA-QRoo donde se logró establecer y negociar la apertura para la entrada del proyecto, por lo cual las entrevistas realizadas priorizaron a las autoridades a nivel estatal.

El trabajo de campo en oficinas centrales nos ayudó a profundizar en las trayectorias de las autoridades de salud entrevistadas. Un importante detalle en el perfil de estas personas es el camino en su formación en el tema de partería tradicional, ya que es personal que ha migrado de distintas instancias federales; por ejemplo, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud federal y el Instituto Nacional de Salud Pública donde pudieron generar habilidades importantes en el funcionamiento del Sistema de Salud y adquirir conocimiento pleno de las normas, manuales y lineamientos, además de los derechos tanto de la mujer embarazada como de la partera tradicional y la importancia de las especificidades indígenas, entre otras. Algunas/os también fueron personal operativo trabajando en el Estado o en zona maya en programas de prevención y promoción de la salud materna y perinatal, prevención de la muerte materna, y en líneas estratégicas como son la difusión del plan de seguridad, la capacitación, el monitoreo y la supervisión de los centros de salud, o el registro de la productividad, entre otros. Las trayectorias del este personal de salud aportan visiones culturalmente sensibles al trato que brindar a las parteras tradicionales y al vínculo que establecen con ellas, generando redes de apoyo, defensa y protección.

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

La sistematización de los datos recabados en campo se realizó mediante el programa AtlasTi, el cual arrojó información valiosa para el análisis de códigos prioritarios en el proyecto. La distribución de los códigos para el caso de Quintana Roo fue la siguiente (véase gráficas 3 y 4):

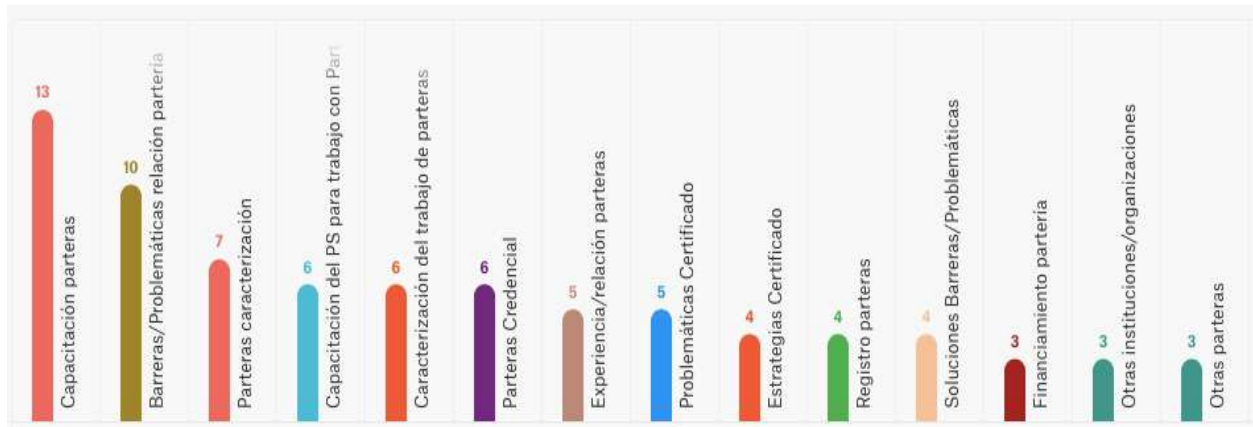
Gráfica 3. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con parteras Q. Roo, 2022



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



Gráfica 4. Códigos recurrentes en el programa AtlasTi. Entrevistas con personal de salud, Quintana Roo, 2022



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

3.1 Hallazgos desde las parteras

En la actualidad, las mujeres embarazadas acuden con mayor frecuencia a las parteras para la sobada durante el embarazo o el cuidado del puerperio, pero mucho menos, para la atención de un parto. Las parteras reportaron que habían ya experimentado una fuerte disminución en la demanda de su atención durante el parto anterior a la pandemia; esta disminución genera, entre otras cosas, el fenómeno de la transición de muchas de ellas de parteras a sobadoras. Las parteras consideran que esto es en parte resultado de la forma en la que el personal de salud caracteriza el evento obstétrico a priori como de alto riesgo y las mujeres han interiorizado el miedo que ese enfoque conlleva. Además, se relaciona con cómo el personal de salud caracteriza el trabajo de las parteras dsincentivando a que las mujeres vayan con ellas. La siguiente cita es indicativa de ambos aspectos:

E: Usted, ¿considera que ha disminuido el trabajo de las parteras?

P: sí, ha disminuido, ha disminuido bastante porque muchas de las muchachas y de las mujeres actualmente ya no van, echan miedo, no. Es que con una partera no es lo mismo. Como van a las visitas con el doctor cada mes, pues yo por mi parte conjuntamente con el doctor, porque en algún momento dado, que me fallara, ya sé que el doctor me va a respaldar y recibir con mi paciente. Así le hacía yo antes, por eso yo sí... había trabajado conjuntamente con el doctor, pero tampoco nunca le echo miedo a mis pacientes, hasta la santa fecha... Puede aliviarse normal y normal llega el doctor en un ratito ya se alivió. Pero nunca le dijo el doctor: es esto, el doctor, es lo otro... Pero los médicos sí nos echan la culpa a nosotras de que con nosotras no es muy recomendable que los bebés nazcan, que, porque no somos tan limpias, porque nosotras no tenemos desinfectado según lo que vayamos a utilizar... Pero con cuánta gente ha nacido así, esto en el [tiempo en] que ellos ni siquiera existían... Y ellos hablan en contra de nosotras, por eso las muchachas, las mujeres les da miedo y mejor van al doctor (073QROO).



No obstante, hay mujeres en las comunidades que, después de haber tenido una primera experiencia de un parto hospitalario, consideran como una posibilidad atenderse con una partera. Una mujer embarazada que, al momento de la entrevista con la partera se encontraba en atención con ella, nos compartió lo siguiente:

E: ¿Y usted está embarazada?

P: Sí, vine a que me tallara... Bueno, yo en mi opinión, bueno no es la primera vez que me tallan [las parteras]. Por mí, yo acudo a mis citas, pero hay doctores que están diciendo que no es bueno que te tallen, se puede lastimar al bebé. Pero por mi parte, yo digo [que] es bueno: ¿sabes por qué? porque a veces sientes que no puedes trabajar, que te falta el aire, pero yo es como le digo a mi esposo, prefiero que me tallen, pues la partera te va decir cómo está el bebé, cómo está formado y cuando termina de tallar sientes alivio. Es como le digo, yo acudo con la partera y los médicos, con los dos, el día cuando llegue el parto, tú vas a decir si va a hacer con médico o con la partera. Ahorita veo que cuando vas al hospital, veo que cuando tienes mucho dolor, casi no te atienden... Te dicen, "anda a tu casa otra vez" y te regresan, si no, te hacen caminar, te hacen caminar y mientras yo ya pasé con mi primer hijo ahorita, con este es el segundo. Mi primer hijo cuando me llevaron, yo estoy entrando [al hospital], cuando una muchacha apenas de 17 años, la muchacha tenía mucho dolor, le hicieron caminar, y mientras yo desde hace rato estoy ahí también, pues mi esposo se enoja mucho porque no me atendieron, y entró a hablar, y apenas me están acudiendo ahí en el hospital y la muchacha nació su bebé, y por un descuido... Es como te dicen, y pues la muchacha no [se] quería quitar su ropa interior, y como estaba parada no podía con el dolor y mientras nació el bebé cayó en el pasillo del hospital y ahí vienen rápidamente los enfermeros y los doctores, cuando llegaron es demasiado tarde, y mientras de eso, la muchacha estaba llorando. ¿Qué más podía hacer? Por eso, algunas ahorita no quieren llegar al hospital, ¿sabes por qué? Porque cuando vas, no quieren atenderte. Por eso, hay algunas mejor piensan que es mejor con la partera, porque con la partera ella va venir a cuidarte en tu casa. Se ve que ella misma te va aconsejar si puedes en tu casa, te va dar tu medicina con eso ya rápidamente te vas a aliviar, pero si ve que no puedes también pues ella misma te va acompañar y a hablar con los doctores (074QROO).

3.1.1 Transmisión de saberes

Durante 2021 y 2022 la investigación logró dar cuenta que para la partería tradicional es vital tener una transmisión intergeneracional de saberes y experiencias, muchas de estas dadas a partir de un linaje familiar, otras generadas en momentos de necesidad o urgencia, y las últimas transferidas por el desarrollo de procesos organizativos propios donde se le da importancia y se buscan formas de garantizar la supervivencia de la partería. Un hallazgo de la investigación es que los conocimientos de la partería no han sido lineales ni estáticos, y se han modificado e incluso nutrido con el tiempo. Sin embargo, durante el trabajo de campo y las entrevistas a sobadoras y parteras, se apreció el abandono progresivo de la práctica y, como consecuencia, la disminución o modificación de la transmisión de estos saberes.



Durante el trabajo de campo se entrevistaron a mujeres parteras que abandonaron el oficio para quedarse como herbolarias o sobadoras y a mujeres que, aun teniendo un linaje de parteras, decidieron ser sobadoras. Haciendo un rastreo de las razones por las cuales decidieron abandonar la partería, encontramos que, en parte, la desaparición de este oficio se debe a las amenazas, hostigamiento y hasta prohibición desde las instituciones de salud y el propio personal médico, la avanzada edad de las parteras y sus propias condiciones de salud; estas últimas condiciones las narra una partera-herbolaria de la zona maya de José María Morelos:

Tengo 66 años y tengo 42 años de ser herbolaria, como 20 años fui partera. Me dio parálisis facial y ya no pude seguir, de ahí la diabetes me fue avanzando, fueron mis nervios yo no sé, y se me fue borrando la vista, por eso uso lentes actualmente porque sin los lentes no veo bien, después de qué me esperé y todo volví a tener función la mitad de mi cuerpo, y ahora solamente sobo a las embarazadas compongo la matriz, compongo el colon, el "ciro" y todo lo relacionado con la herbolaria (073QROO).

Esta partera comparte también experiencias de prohibición e intimidación sobre su trabajo como herbolaria y muestra como su ejercicio actual es resultado de una trayectoria de resistencia:

Llegó un momento en el que dijeron que las personas que curan con hierbas son brujas, y que pueden que las quemen vivas, o van a la cárcel por dan un medicamento que haga daño a alguien. Ellas pueden ir a la cárcel, eran muy perseguidas. Eso ya tiene como 30 años, la edad de mi hija, 35 años (073QROO).

No obstante, la historia de esta partera es peculiar pues, aunque explica no haber seguido con el trabajo de la partería tradicional, ni haber enseñado a sus hijas el oficio, su importante papel como herbolaria la ha llevado a impartir clases en la universidad de la zona, donde transmite sus conocimientos a alumnos y alumnas de la carrera de salud intercultural, enseñando sobre plantas, salud de las mujeres embarazadas y el parto mismo. Otro caso similar es el de una partera y herbolaria de la zona de Felipe Carrillo Puerto, la cual, adherida al proceso organizativo de la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) ubicada en el mismo municipio, brinda ahí mismo cursos y talleres sobre hierbas y partería. Vemos a partir de estos ejemplos, cómo la transmisión de saberes se ha también transformado y, aunque ya no es la forma tradicional y se trata de casos no generalizados, hay esfuerzos de las mismas parteras por no querer que estos conocimientos desaparezcan.

Como parte de este mismo ejemplo, tenemos incluso que la propia fundación de la CAMI en Felipe Carrillo Puerto es resultado de un tipo de transmisión de saberes que se transformó hacia el desarrollo de un proyecto organizativo por la lucha del reconocimiento de los saberes indígenas:

(...) Otra de las razones que me inspiró a estar en esta Casa de la Mujer Indígena, porque mi abuela, mis bisabuelas fueron parteras. Entonces decía que a mí me gustaría que la Casa de la Mujer Indígena siguiera esa lucha de mis abuelas porque para



mí fue una lucha que mis abuelas hayan sido parteras desde jóvenes y que se ha transmitido de generación en generación y ver la situación de que las parteras en la actualidad, muchas de ellas viven varias situaciones y que las nuevas generaciones no tengan ese ánimo, ese interés de seguir preparándose como parteras, parteros porque también hay parteros... Entonces eso me inspiró (12QROO).

En otro caso, encontramos una partera del municipio de Felipe Carrillo Puerto, en un poblado de la zona maya donde actualmente desempeña su trabajo. La partera tiene 58 años de edad y 30 años de ejercicio; aunque atiende pocos partos, muchas mujeres la buscan para sobadas o malestares generales del embarazo. Su hija estudió en la Universidad Intercultural de Quintana Roo la carrera de Medicina Intercultural y siempre ha estado interesada en aprender partería. Aunque se encuentra ahora trabajando en un hotel de Playa del Carmen, su madre no pierde la ilusión de seguirle enseñando:

E: ¿Usted les enseña a sus hijas a sus nueras?

P: Solo a mis hijas

E: ¿A Ana?

P: Sí a ella.

E: ¿A ella le gusta?

P: Sí le gusta

E: ¿Ella quisiera ser partera?

P: Dice que lo va aprender

E: ¿Y usted cómo ve?

P: Sí lo sabe, un poquito (074QROO).

Este ejemplo nos ayuda a ver cómo la transmisión de saberes está también mediada por las circunstancias sociales y económicas, como la falta de oportunidades laborales e incluso la falta de reconocimiento económico de la partería tradicional.

Al parecer, para el caso de parteras mayores de edad registradas en los SESA-Qroo existe el requerimiento de tener una aprendiz para mantener el respaldo y la red con la institución; este requerimiento se ha vuelto casi una obligación y a veces, ha llevado a las parteras a experimentar situaciones adversas. Una partera tradicional de la ciudad de Cancún comparte:

Cuando yo tenía 60 años, la jurisdicción me dijo "Usted ya está grande, ya tiene que buscar un reemplazo". Entonces mi nuera, la mujer de mi hijo, dijo que a ella le gustaban los partos... que quería aprender conmigo. Pero yo le dije "sí, te puedo enseñar como a mí me enseñaron, pero yo no te puedo... tienes que tomar capacitaciones [con el personal de salud], tienes que ir a las prácticas para que te puedan otorgar tu [hoja de] nacido vivo, si quieres aprender". Entonces estuvo como cinco años aprendiendo, ya después que aprendió, ahorita ni las gracias me da.... Arrepentida estoy de haberle enseñado a mi nuera, pero [lo hice] porque también nos exigió la jurisdicción, creyó que ella era mi reemplazo. Yo no lo iba a hacer, pero ellos insistieron de que se presentara



ella y ella me dio de baja [a mí] (...). Aquí en Cancún vienen de otro lado a dar cursos y no me invitan, me dicen que no, que me la paso enferma, que ya estoy muy grande que no sé qué, que tengo diabetes que no puedo trabajar... Y, entonces, ella me dio de baja porque luego me dijo la jurisdicción. Y yo le dije a la jurisdicción "yo no me he dado de baja, sigo reportando mi trabajo, tengo mucho trabajo". "Es que su nuera dice que usted está enferma, que usted se dio de baja porque ya está muy grande" (O71QROO).

Esta experiencia ayuda a mostrarnos que la transmisión de la partería tradicional no es un hecho desligado de tensiones o conflictos. Es un saber que se negocia e incluso puede estar intervenido por rivalidades y competencias entre maestras, aprendices u otras parteras y sobadoras que se encuentran incluso dentro de la misma familia.

3.1.2 Procesos organizativos

Durante el trabajo de campo, se encontraron algunos procesos organizativos emergentes entre las parteras tradicionales de Quintana Roo. Un primer espacio importante es la CAMI María Uicab ubicada en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, la cual se ha centrado en diferentes temas como violencia contra las mujeres, salud sexual y reproductiva, medicina tradicional y recientemente partería. Como explica una de las fundadoras se trata de un esfuerzo organizativo que busca el reconocimiento de los saberes indígenas y con ello el seguimiento de una lucha intergeneracional:

En un primer momento, antes de iniciar con la Casa de la Mujer Indígena, hicimos un foro con parteras, con el Centro Comunitario de Arte y Filosofía Maya Raxalaj Mayab'. Estaba una compañera que se llama Columba, que ella es médica tradicional y ella era la que nos invitaba mucho a seguir fortaleciendo la medicina tradicional. Luego ella se traslada a su localidad natal que es en Veracruz y nos quedamos y nos encargó mucho de no dejar sola a las parteras y médicas tradicionales. Otra de las razones que me inspiró a estar en esta Casa de la Mujer Indígena, porque mi abuela, mis bisabuela fueron parteras (...) Entonces decía que a mí me gustaría que la Casa de la Mujer Indígena siguiera esa lucha de mis abuelas (P12QROO).

Durante el trabajo de campo encontramos que, si bien la CAMI María Uicab no tiene parteras trabajando dentro de sus instalaciones, realiza un amplio trabajo de escaneo, ubicación y vinculación con las parteras de la zona, remitiendo a pacientes o posibles aprendices con ellas:

(...) hemos tenido foros con ellas en donde hemos escuchado la situación que viven en el centro de salud, en la atención, en la certificación, los formatos de nacido vivo y todo eso. Ellas exponían todas esas situaciones en ese foro y los médicos exponían su parte (...) a través de la jurisdicción tiene cursos con las parteras y entonces invita a las parteras para ir a tomar sus cursos y puedan ellas seguir dando atención a las embarazadas, esta institución (SESA-Qroo) es quien junta a las parteras; en la CAMI sí reunimos a algunas parteras, tenemos sus ubicaciones y todo, pero no hemos hecho ese trabajo de coordinarnos colectivamente (12QROO).



Foto 3. CAMI María Uicab, Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo



Fuente: Foto de Coral Mendoza

En trabajo de campo también notamos la comunicación emergente de algunas parteras tradicionales con voceras del movimiento Nich Íxim en Chiapas, y con ello la posibilidad de vinculación y la existencia de una convocatoria a formar parte de la red:

Siempre nos invita esta muchacha... de Chiapas nos invitaba también antes la que estaba también en Chiapas... También ella también nos hacía la invitación, para que vayamos, así como parteras, tenemos que estar unidas para lograr lo que queremos (070QROO).

Existen también algunas experiencias informales a nivel local desde lazos de amistad entre parteras que se acompañan a capacitaciones o talleres, y se comparten conocimientos de partería o estrategias para navegar en el sistema. Tal es el caso de dos parteras situadas en la zona turística de Cancún, las cuales llevan años trabajando juntas, cada una desde sus propios espacios de atención, pero apoyándose y acompañándose. Una de ellas comparte que durante la pandemia pudieron asistir a reuniones virtuales del movimiento Nich Ixim y aprender sobre la organización de sus compañeras en Chiapas:



P: Pero yo y mis compañeras, [nos] acompañamos en talleres. Por eso, me volvieron a llamar porque yo no dejé, o sea nos invitaban por medio del internet. Le pagamos a alguien para que se metieran a internet y en mi casa los veíamos. Por eso, volvió otra organización (071QROO).

3.1.3 Relación con el Sector Salud

En general, para el estado de Quintana Roo la relación que el sector salud establece con las parteras tradicionales es compleja y diversa, ya que las formas de relacionarse cambian de acuerdo a la zona en la que se encuentran ubicadas las parteras. Para el caso de la zona urbana de Cancún y Chetumal, encontramos que el personal de salud tiende a establecer una relación más estrecha con las parteras, en donde se da un mayor seguimiento a programas y capacitaciones y se mantiene actualizado el registro de parteras. Sin embargo, para el caso de la zona rural, donde mayormente se ubican las parteras indígenas, la relación se vuelve más difícil e intermitente, esto debido a factores como el difícil acceso a las comunidades por parte del personal de salud, la falta de recursos para que el personal pueda desplazarse para dar seguimiento, identificar y captar a las parteras o sobadoras, y la edad avanzada de las parteras que complica su traslado a las capacitaciones, o para que ellas cumplan con los procesos administrativos requeridos de informar al personal de los SESA-Qroo sobre su “productividad” en la salud materna y perinatal.

Encontramos situaciones de parteras mayores a los 70 años que durante toda su trayectoria de ejercicio de la partería, se han mantenido desvinculadas del Sector Salud y trabajando solas. Durante el trabajo de campo, preguntamos si les interesaría la vinculación o la relación con otras parteras o sobadoras y nos respondieron que su deseo es seguir trabajando de forma independiente, ya que se comparte la idea que vincularse es adquirir una serie de responsabilidades que, por su edad o múltiples actividades, ya no pueden, ni quieren asumir, además que permanecen las rivalidades y competencias entre ellas. Al respecto, una sobadora del poblado maya de San Luis nos compartió con ayuda de una intérprete, lo siguiente:

E: ¿Alguna vez ha platicado con otra sobadora?

I: Que no, porque a veces, por ejemplo, si la persona soba y ella también soba, como una envidia y como que a veces vienen más aquí a que la soben... A veces no, por eso (076QROO).

Sobre el trato que reciben las parteras registradas a los SESA-Qroo encontramos actitudes diversas; entre ellas, hay testimonios de maltrato y regaño que, de acuerdo lo compartido por las parteras de la zona urbana de Cancún, llega a obstaculizar y entorpecer el trabajo que realizan:

E: ¿Y usted cómo ve esta situación (sobre el trato que reciben por parte del personal de salud)?



P: Pues yo lo veo mal (...) te regañan, te mandan en otro lugar, así no está bien, está muy mal, así como manejan todo eso, a mí no me parece. Sí, me molesta porque la verdad esta, uno como partera los respetan a ellos, pero ellos no saben respetar (070QROO).

Otra partera del municipio de Felipe Carillo Puerto comparte otro relato que nos hace ver cómo la memoria histórica de maltrato, hostigamiento y hasta prohibiciones en el pasado, se mantiene muy viva:

E: En el personal de salud que le ha tocado conocer en estos cincuenta años de atención del parto ¿alguna vez hubo un maltrato por parte del personal de salud hacia usted o que la discriminaran por su atención?

P: Pues hubo un momento de que hubo una discriminación al momento de llegar con una parturienta nos saca[ba]n a la calle "¿Sabes qué? aquí terminó tu tramo, tú ya no tienes nada que ver acá, las parteras lastiman a las parturientas" (069QROO).

Pudimos registrar finalmente, un acto de discriminación por parte de personal de salud hacia las parteras mayores de edad, con una insistencia de parte de ellos en la necesidad de sustituirlas en su labor, con alguien más joven que las reemplace, como ya pudimos relatar. Aun si a primera vista, ésta pareciera una actitud que favorece la transmisión intergeneracional de conocimientos entre parteras, en la que las parteras son persuadidas a llevar a otra mujer a quien puedan enseñar, el darlas de baja ante las instituciones de salud por la edad genera mucha preocupación entre las parteras más grandes ya que su trabajo es su vida y es su fuente principal de ingreso; además de que ellas no tienen seguridad social que les permita jubilarse.

3.1.4 Atención durante la pandemia

Las parteras entrevistadas compartieron experiencias parecidas a otros estados, exponiendo la preferencia de las mujeres embarazadas a atenderse con ellas durante la pandemia por miedo al contagio:

E: ¿Usted se acuerda cuando llegó la enfermedad del COVID de la pandemia? ¿cómo cambió su atención o fue igual?

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

Encontramos que, al igual que en otros estados, en Quintana Roo, la edad no fue una limitante para atender a las mujeres embarazadas durante la pandemia y tampoco el miedo al contagio. Sobre esto compartimos un fragmento de una partera maya de 78 años de edad, situada en el poblado indígena de X-Yatil, que nos compartió lo siguiente con apoyo de una intérprete:



E: ¿y en el año de la pandemia atendió partos?

I: que sí, atendió personas...si y fue durante el Coronavirus, no se acuerda, pero si fueron bastantes, en Playa, Tulum, Tzula no había doctores... Dice que durante la pandemia atendió a dos personas seguidas en la comunidad de Tzula. La venían a buscar y la llevaban a atender (072QROO).

Se encontraron además a parteras atendiendo padecimientos relacionados con el contagio del COVID-19, no solo a mujeres embarazadas sino a otro tipo de población, convirtiéndose en una opción de atención y cuidado en las zonas indígenas durante los tiempos más álgidos de la crisis:

Pues esa pandemia para mí fue una experiencia grande porque por medio de medicina tradicional apoyé a muchas personas de tercera edad y embarazadas, tuve pláticas con ellos, y un control de que digamos para que no se alteren, que las cosas se dan por baja de defensa en la sangre, en el cuerpo del ser humano, y de eso ayudó mucho con todos y di una orientación buena (069QROO).

En el caso de las parteras adheridas al SESA-QRoo, se aprecia una ausencia de seguimiento o cuidados para con ellas, aun a sabiendas que seguían atendiendo. Una de las parteras de la zona urbana de Cancún comparte que era ella misma quien siguió comprando su material de trabajo, y que efectivamente en la pandemia hubo un alza en la labor:

E: ¿Usted atendió durante la pandemia?

P: Sí atendía mucho, en los hospitales como está lleno como están contagiados y en ninguno les habría la puerta, iban al DIF, iban así en los que son privados, no los atendían, no saben y así en tiempos de pandemia, atendí más partos...Puedo decirte que, durante todo este tiempo, como más de 150 chiquitos. Diarios así que vienen a ver, hasta no las quería atender para que vayan al hospital, pero no quieren ir, lo que hacía entonces es atenderlos. (...) Sí,... yo compraba mucho algodón, mucha jeringa, este... isodine, alcohol y esas cosas que necesito, pañales, todo eso tengo yo, lo compraba y se guardaba, porque a veces vienen, y no saben que se van a aliviar (070QROO).

Aunque las parteras afiliadas a los SESA-Qroo reportaron no haber recibido advertencias por parte de la institución o algún prestador de salud para evitar el contagio, tomaron sus propias medidas de protección para continuar atendiendo:

E: ¿Y usted se ponía cubrebocas o hizo alguna cosa diferente a antes de la pandemia?

P: Yo me pongo doble cubrebocas, uso guantes, uso gel, uso alcohol, uso de todo, para el parto, hasta para sobarlas, yo me ponía cubrebocas para sobarlas porque yo ocupo cubrebocas porque a veces vienen contagiadas, aunque no salgan de su casa, porque, aunque no salgan a veces sus esposos y se contagian ellas, sino ellos trabajan y se contagian. Sí, es con eso también se nos complicó el trabajo bastante (071QROO).



3.2 Hallazgos desde el personal de salud

3.2.1 Representaciones sociales con respecto a la partería tradicional

Todo el personal de salud entrevistado en oficinas centrales declara haber tenido contacto directo con parteras tradicionales, mediante visitas, capacitaciones o en sus trayectorias como personal operativo. Este contacto directo genera ciertas ideas sobre lo que es una partera y su papel en la comunidad. Una médica encargada del área de salud perinatal describe:

Una partera es aquella que tiene habla indígena y se encuentra localizada en una comunidad y que es considerada como una líder comunitaria, es quien incluso la comunidad la reconoce como alguien especial dentro de la comunidad. Y, pues, el principal oficio es no solamente vigilar que las mujeres no solo estén embarazadas, sino que también hacen la atención del parto y del bebé (...) Son mujeres muy honestas (PS10Q-ROO).

Otra médica encargada del departamento de salud reproductiva coincide en la caracterización comunitaria e indígena de la partera tradicional:

Las parteras tradicionales o para ser parte de la tradicional tienes que estar en una comunidad y tener este perfil indígena (PS64QROO).

Para una médica de un centro de salud, las parteras tradicionales establecen el mejor vínculo con las mujeres embarazadas; esto, debido a las redes de confianza, la estrecha relación que mantienen con la población y su amplia experiencia para atender partos, lo que las coloca como una autoridad en la comunidad:

(...) y yo he visto que están preparadas, que la gente en sí las buscaba, no porque no confiaban en el médico, sino porque veían que tenían muchísima experiencia ellas. Entonces, empezamos a hacer pláticas, siempre con todo respeto les he dicho que no porque yo sea médico o personal de salud, o sea, que esté preparada, no quiere decir que esté muchísimo mejor preparada que ellas. Ellas tienen muchísima experiencia en ello [el parto] (PS11QROO).

En las oficinas centrales de los SESA-QRoo, el personal expresó preocupación con la presencia en el estado de parteras extranjeras que se han establecido en el el estado y que ejercen la partería sin haber revalidado de sus credenciales profesionales:

(...) derivado de esto, tenemos pendiente que el área de atención a la muerte materna, control prenatal de la paciente ... [hubo una partera rusa que] se hizo llamar partera y su atención fue inadecuada. Se atiende el obstetra pero por llamar a la traductora, nunca por la persona que se llama enfermera obstetra, y cuando ya se llega se detecta que es un inversión uterina, a las 2:20 se entuba pero ya lleva mucho tiempo tardando.



Fallece, las causas de la muerte, inversión uterina, choque hemorrágico. Esta es una hoja provisional de nacimiento porque nació el bebé en el departamento, no en el hospital, pero este tipo de cosas estamos tratando de quitarlas porque no deberían de existir (PS10QROO).

La caracterización de estas parteras difiere con respecto a las parteras tradicionales indígenas e indica otro tipo de problemáticas:

(...)hay casos en el estado en los que ha habido complicaciones obstétricas, y la información no es muy clara de qué rol ocupó la partera y bajo qué condiciones, toda vez que... obviamente las de una zona turística, al ser una oferta de una clínica privada, al tener ese tipo de modelos (...) influyen en diferentes variables. La confianza, por ejemplo, pues el panorama es totalmente distinto, incluso en el cobro. En esta encuesta que levantamos que te comentamos, veíamos que las parteras con este último perfil cobran hasta 6 mil pesos por la atención del parto, mientras una partera de una comunidad indígena, el máximo es de 500 pesos, pero hay parteras que no solamente no pagan, tienen que prestar el dinero para que la familia acuda al hospital, compren medicamentos, y hay veces que no les pagan... O sea, te digo, que es un tema con múltiples escenarios (PS13QROO).

Durante el trabajo de campo encontramos que el personal de salud que reconoce y respeta el trabajo de la partera, es aquel que se encuentra trabajando directamente con ellas, y que con base en sus años de permanencia en la comunidad, logra entender la importancia y los aportes valiosos de estas figuras para la salud materna y reproductiva. Una médica vinculada con las parteras tradicionales de su comunidad comparte:

Mira, a mi llegada a Maya Balam, pues realmente me di cuenta que había mucha embarazada, pero llegaban no en el primer trimestre, ni en el segundo. Iban llegando al tercer trimestre de embarazo, estamos hablando de 30 semanas, y sinceramente para mí era muy estresante, porque nada más las atendía una o dos veces durante todo su embarazo porque llegaban muy tarde. Entonces empecé a preguntar por qué se presentaban hasta la [última etapa] gestacional, entonces me comentaron que había cinco parteras, y lo primero que hice fue citar a las cinco parteras y platicar de cómo era su trato de ellas hacia las embarazadas. Todas coincidieron que las pacientes, llega[ba]n a buscarlas, cada paciente escoge una parteras, y pues se presentaban. Les piden que las soben, llegan, primero, pidiendo que las soben para saber si está embarazadas y pasaban casi todo su control con las parteras (...). Me di cuenta de que en realidad tres de ellas estaban muy preparadas porque realmente han asistido a cursos, me dicen que han asistido a Carrillo Puerto, Chiapas, Campeche, Cancún, y yo he visto que están preparada, que la gente en sí las buscaba no porque no confiaban en el médico, sino porque veían que tenían muchísima experiencia ellas. Entonces, empezamos a hacer pláticas, siempre con todo respeto les he dicho que no porque yo sea médico o personal de salud, o sea que esté preparada no quiere decir que esté muchísimo mejor preparada que ellas, ellas tienen muchísima experiencia en ello (el parto). Entonces, les pedí que



trabajáramos en equipo, en conjunto, y les indiqué que cuando llegara la paciente con ellas que por favor me las enviara, les platiqué todos los riesgos que pueden estar pasando (...). Así empezamos a platicar con ellas de que me dieran ese voto de confianza y que trabajáramos en equipo, y pues poco a poco fueron cambiando las cosas y ya empezaron a asistir desde el segundo trimestre de embarazo. Pasó el tiempo, y pues ahorita ya me están llegando desde el primer trimestre de embarazo, y me doy cuenta de que el trabajo en equipo con ellas funcionó súper bien (...). Fue que dije "pues aquí", de aquí soy porque ellas son las que me van a apoyar mucho (...) (PS11QROO).

Paralelamente encontramos en la voz de este mismo personal de salud, la incomodidad con su propio gremio por negarse a reconocer el trabajo y los aportes de las parteras tradicionales, argumentando que se trata de mala actitud e incluso una herencia de su formación médica hegemónica; a veces, hasta se menciona a la edad avanzada como un factor que les impide cambiar de actitud:

(...) otro ha sido igual esta parte de la sensibilización del personal médico para poder entender y aceptar la parte de partería indígena, y que bueno ellos se sientan con la confianza de poder otorgar estas capacitaciones. Y sobre todo en aquellos que son de una edad avanzada, y que es complicado vencer estas ideas que traen ya en la medicina, y ese ha sido el segundo. Y el tercero sería que nosotros no tenemos un personaje, que cumpliera las funciones de desarrollo comunitario como jurisdicción sanitaria número tres, que es la zona centro. Hasta dos años que se comenzó a trabajar, entonces creo que este proceso de aprendizaje y de sensibilización hacia la persona que ahora está como responsable y enlace para todas estas actividades comunitarias es lo que ha llevado a que el proceso sea un poco más lento, pero conforme [se] ha ido empapando un poco más del tema, y ha podido generar estos vínculos con los líderes de las comunidades y obviamente con las parteras, para poder ir avanzando (PS34QROO).

Este último fragmento nos da pistas para entender también que la falta de sensibilización del personal médico y la rotación de los responsables de los programas son obstáculos importantes en el desarrollo de un trabajo efectivo y respetuoso de vinculación con las parteras tradicionales.

3.3 Certificado de nacimiento

El procedimiento ideal para la expedición de un certificado de nacimiento es que cuando hay un recién nacido atendido por una partera, esta partera –previamente registrada y reconocida como personal capacitado por la Secretaría de Salud– debe avisar inmediatamente sobre el parto- y llenar una hoja de nacido vivo recibida por la institución de salud donde colabora y a donde la mujer embarazada acudió para el control de su embarazo. Posterior a esta entrega, el personal de salud--generalmente el/la médico/a responsable de la unidad de salud--le apoya a la partera para llenar el certificado, y la partera lo firma como la protagonista en la atención, acompañada de los padres del recién nacido. Sobre este proceso la médica encargada de salud perinatal detalla:



E: ¿Me puede decir cuál es el proceso para un certificado?

PS: Ellas [partera tradicional] tienen que ir a una consulta al centro de salud con mujer embarazada, y se percatará que esa mujer está embarazada para que cuando nazca el bebé la mujer embarazada irá con ese médico y solicitará su certificado de nacimiento, al solicitar ese certificado de nacimiento, a este médico sí le consta que esta mujer estuvo embarazada y que a esta mujer sí la atendió y entonces es la única forma en la que se puede emitir un certificado de nacimiento

E: ¿Firma la responsable?

PS: El médico es él que firma ese certificado

E: ¿Cuáles son las cosas que no van en el camino ideal del certificado?

PS: Ah bueno, cuando se hacen otros documentos como este [refiriéndose a una hoja de alumbramiento que no es normativo y que tiene resguardada como la prueba de que en algunas jurisdicciones se otorgan hojas de alumbramiento fuera de la normativa], en donde este tipo de documentos es firmado por otras instancias y no por el médico del centro de salud.

E: ¿Qué otras instancias pueden ser?

PS: Pueden ser jurisdiccionales, hospitalarias, particulares ... porque el tema es que ellas [refiriéndose a parteras extranjeras] van y solicitan que les firme o les sellen, y al desconocer la normatividad, [algunos médicos] creen que pueden firmar y sellar, lo cual es incorrecto. Pero por eso, tratar de notificar esa información junto con el área de estadística (PS10QROO).

Como podemos observar en la cita previa, el proceso ideal del certificado se agrieta o se puede agrietar en múltiples puntos nodales. En primer lugar, no todas las parteras que atienden partos en Quintana Roo están registradas en los SESA-Qroo. Las que sí lo están y quieren mantenerse registradas, tienen que pasar por un proceso que a veces se vuelve difícil de cumplir, ya que no está adecuado a sus condiciones socioeconómicas, de salud y de distancia/falta de transporte. En principio, deben de acudir a número mínimo de capacitaciones que en voz del propio personal de salud es un requisito difícil de cumplir al cien por ciento, ya que muchas de las parteras son mujeres mayores de edad, analfabetas, monolingües y de escasos recursos, por lo que tienen posibilidades limitadas de desplazarse para acudir a las capacitaciones. El responsable del programa de Desarrollo Comunitario comparte su crítica a los requisitos establecidos por ejemplo, por parte de la Dirección de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud federal, al respecto:

"La Dirección de Medicina Tradicional... estipula criterios que también son bien cuestionables, que la partera tradicional sepa leer y escribir y que necesita las capacitaciones de los servicios de salud, pues deja un montón de parteras tradicionales y parteras indígenas fuera, porque muchas son analfabetas. Sé que hay casos en los que solamente practican la lengua maya, entonces participar en capacitaciones es un tema que prácticamente se les presenta como imposible" (PS13QROO).



Foto 3. Registro de nacimiento de partera tradicional

Domingo 29 agosto 2021 000 24

CANCUN QROO 210 a luz 10:50 am

JANA PORTILLO MENDEZ Edad 31

Varia una niña 3:280 Kg Nació 10:20 p.m.

MOCCMOL 33 CALL 15 CP 77510 ZONA URBANA CANCUN

URIBE SACRAMENTO CHAMULA CHIAPAS MEXICO

Nombre del padre

PETRO SANTIZ PEREZ

URIBE NOCTIL CHAMULA CHIAPAS MEXICO

Talla 1.48

primera cadera 34

primera cadera 34

primera cadera 34

segunda cadera 34

segunda cadera 32

peso 3.290 Kg

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

SUBDIRECCIÓN SANITARIA No. 2

C.S.U. No. 2

Extiende certificado de nacimiento

Original con un. de folio 0000000000

en el C.S.U. No. 02 a la 00:09:00

a las 00:09:00

Por [signature]

000 24 / 000 24

Fuente: Foto de Coral Mendoza

En cuanto a las parteras indígenas que viven y trabajan en la zona turística de Cancún se reportó la dificultad que enfrentan para obtener el certificado de nacimiento, aun cuando están registradas en los SESA-Qroo y participan en las capacitaciones. Además, reportaron experimentar malos tratos por parte del personal médico y administrativo:

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

Estas parteras registradas en los SESA-Qroo de la zona de Cancún, consideran que el hecho de que sea el personal médico quien firme los certificados de nacimiento, les quita el mérito y reconocimiento de haber sido ellas quien atendieron el parto:



E: ¿Y el certificado quién lo firma?

P: El doctor que lo recibe, como le digo cada región tiene su centro de salud, ellos lo firman, ya ellos firman, uno como quien atendió el parto pues ya no firmas nada, son ellos quienes autorizan todo eso, ellos dicen que no interesa que ellos firmen por eso te mandan para que ellos lo firmen, lo único le pido a ellos, los directores, que ellos por lo menos te dejen firmar pero ya no, ellos firman por tu parte y te dicen "Ya hiciste tu aclaración, ya te recibieron tu reporte, ya te puedes retirar, ya no tienes nada que hacer aquí" así nos lo hacen, no solo a mí, a todas.

E: ¿Entonces digamos que no le reconocen su trabajo en su certificado?

P: Antes cuando no llegaba la pandemia, teníamos que firmar ahora ya no, ya ellos lo firman. Ya tiene como un año que comenzaron así, como que ya no te pelan, como que tú ya no vales nada, como que ya ellos ya no quieren, son como cositas así que sí dan sentimiento porque usted se desveló para el parto, usted la vio ah, pero sí quieren que la lleves (071QROO).

Aun si en el formato del certificado existe una casilla que se marca donde se establece quién atendió el parto, independientemente de quién firma el certificado, para las parteras el no firmar el certificado, sobre todo después de que antes de la pandemia, sí los firmaban ellas, es una situación que se vive como injusta y como una expropiación de su trabajo. Además, al no firmar el certificado, las parteras no pueden tener la certeza de que el personal de salud marque la casilla reconociendo que fueron ellas las que atendieron el parto.

Este último testimonio nos ayuda a entender que probablemente existe un subregistro de partos atendidos por parteras en el que se intersecan situaciones de desigualdad e injusticia que las mismas parteras nos comparten, argumentando que en su misma zona el acceso de las parteras extranjeras a las hojas de nacido vivo y certificados de nacimiento es menos accidentado que el de ellas, ya que estas parteras cuentan con los medios económicos y las relaciones para, de manera ilegal, comprar los certificados de nacimiento:

"Ellas (...) reportan su trabajo allá por Carrillo, por Tulum, Playa del Carmen, Cozumel, muchas extranjeras que trabajan, pero ahora ya trabajan por su cuenta y pagan un doctor para que le den su [hoja de] nacido vivo. Ellas lo compran, ya no lo dan gratis, pero en cambio nosotras ni porque somos mexicanas" (071QROO).

Frente a esta situación la responsable de Salud perinatal del estado comparte una preocupación por la cual de manera oficial la Secretaría de Salud ya no expide las hojas de nacido vivo; pero, así haciendo, fractura la relación con las parteras indígenas:

"Estas parteras (partera extranjeras) atendieron un parto en el 8° piso, y este fallece primero porque ellas no saben manejar la urgencia, fue una inversión uterina (...) la paciente no es nacional es una paciente extranjera, esta paciente fallece (...). Es muy difícil llevarla a la sala de urgencias, a pesar de que se entuba y se atiende fallece la paciente.

E: ¿Ese en qué año fue doctora?



PS: Fue este año (2022)

E: ¿El hospital donde ella estaba era un hospital público o un hospital privado?

PS: Era un hospital privado.

E: ¿Esto qué problemáticas les genera a ustedes?

PS: Muchas porque no solamente es que pueda haber muertes maternas que es lo que tratamos de disminuir, pero la otra situación es... si en estas comunidades indígenas se hace la venta de menores que también lo hemos visto publicado en Facebook... Entonces acá está vinculado a esto, a nosotros nos preocupa porque entonces por eso hicimos más severo el que "no te voy a dar el certificado hasta que tú no me la lleves", porque de otra manera tendría que entrar Fiscalía, para decir "ah, sí ese bebé es de esa señora" y eso es lo que nos complica, ahí es donde se nos complica.

E: ¿Y qué pasa con las hojas de alumbramiento?

PS: Hojas de alumbramiento no manejamos. Estamos tratando de que todo sea certificado de nacimiento y es vía el médico de la comunidad, no la partera.

E: Para tener este tipo de control.

PS: Así es, y así obviamente acotar a estas pseudo-parteras" (PS10QROO).

No obstante, se tiene registrado que de manera extraoficial se siguen expidiendo hojas de nacido vivo en las distintas jurisdicciones; es decir, que la indicación de eliminar la entrega de hojas de nacido vivo a las parteras es reciente y no ha sido adoptada por todo el personal operativo, ni por las encargadas de la jurisdicciones, evidenciando de nueva cuenta la desorganización y falta de comunicación entre el propio sistema de salud en el Estado. Esto y la existencia del subregistro donde parteras siguen atendiendo sin ser reconocidas como las protagonistas de la atención, son algunas de las problemáticas detectadas durante la investigación. Finalmente, lo anterior nos ayuda a dar cuenta que las problemáticas con el certificado de nacimiento en Quintana Roo puede ser similares a las de otros estados, con la agravante de la presencia y el ejercicio de parteras fuereñas no indígenas que complican aún más las cosas en este ámbito.

3.4 Capacitación y credencialización

El código de capacitación en el programa AtlasTi, fue uno de los más recurrentes en el análisis de nuestras entrevistas, al ser ésta y el registro de parteras, las herramientas de vinculación más importantes que la Secretaría de Salud establece con las parteras. A nivel estatal, el personal que tiene dentro de sus funciones la de la capacitación a parteras es el responsable del programa de Desarrollo Comunitario, cuyas líneas estratégicas de trabajo incluyen:

(...) plan de seguridad, señales de alarma, la creación y seguimiento del club de embarazadas, el registro y capacitamiento del club de madrinas y padrinos obstétricos, y ya específicamente en cuanto a partería tradicional sería la capacitación de las parteras tradicionales (PS13QROO).



En Quintana Roo, encontramos que existe un plan de capacitaciones para parteras implementado por la misma área de Desarrollo Comunitario en el que se han establecido diferentes niveles: básico, intermedio y avanzado, en el que cada partera va aprendiendo de manera progresiva, desde temas básicos, hasta otros que incluyen:

(...) los signos de y síntomas de alarma, y en qué momento ellas deben referir, así como cualquier otra técnica que nosotros podamos compartirles para realizar a la hora del trabajo de parto (...) (PS64QROO).

Así mismo desde el 2019 el estado cuenta con una plataforma de capacitaciones coordinada por el área de Enseñanza y Calidad y la dirección de los Servicios de Salud, ya que son ellos quien otorgan las constancias. En un principio estas capacitaciones eran presenciales; sin embargo, al momento de la pandemia se volvieron virtuales, lo cual complicó el proceso para todas las áreas:

(...) cuando hacemos una capacitación presencial hay un proceso que se tiene que seguir, se registra en la plataforma, sobre validación etc. y que ha sido un poco complicado de tener con las parteras tradicionales precisamente por el perfil que ellas tienen y que eso es un poco complicado. Puedes pedirles que se registren etc.; sin embargo, nosotros dentro de las diferentes jurisdicciones, ...las parteras que tenemos que están como en contacto con nosotros, Y que acuden continuamente a las capacitaciones, ellas saben a cuáles han ido, a qué capacitaciones, y obviamente como cuál ha sido el resultado de las evaluaciones que se hacen. Que se intenta que sean un poco más fáciles de comprender para las parteras, y cuando ellas no tienen la habilidad de leer o escribir, se hace de forma oral o platicada con apoyo del personal que está como de Staff en estas capacitaciones para poder responder y entonces sacar un promedio de alguna evaluación del examen y ya saber cuáles son las que han estado aprobando, o en qué temas se tendrían que reforzar (PS64QROO).

Las parteras registradas ven a las capacitaciones como una forma de legitimación y hasta validación de sus conocimientos, prácticas y ejercicio de la partería, frente al personal de salud que labora localmente en las unidades de salud, volviéndose además un requisito indispensable a cumplir, para poder trabajar, particularmente para el caso de la zona urbana del Estado.

(...) aunque yo sabía, yo tuve que ir de capacitaciones cinco años para que me dejaran trabajar o que me dieran mis papeles para poder trabajar (O71QROO).

Entre el personal que se encarga de las capacitaciones, existe la preocupación por la centralización de esta actividad ya que implica la dificultad o hasta imposibilidad de muchas parteras rurales a acudir, por las distancias y la falta de apoyo económico para el traslado y los alimentos. El personal reporta además que son escasos los recursos económicos y humanos para poder abarcar todas las poblaciones:



Te decía yo que las viejitas además de que son muy viejitas ya no vienen, no tienen tanto dinero para trasladarse, ese es el principal problema que yo vi (PS10QROO).

Durante la pandemia, se redujeron drásticamente hasta eliminarse las capacitaciones a grupos de parteras a nivel jurisdiccional o desde las unidades de salud. Sin embargo, hay experiencias de capacitación por parte de personal de salud que se incentivaron; estas se dieron de forma individual, en lo cotidiano de la relación:

...Fíjate que antes de la pandemia eran mensuales las capacitaciones que teníamos con ellas, después de la pandemia paramos y solamente las capacitaba individualmente, cada que iba por su [hoja del] nacido vivo, platicábamos algún tema durante la pandemia (PS11QROO).

El personal de salud afirma que el retraso de las capacitaciones mensuales después de los picos de la pandemia, se debe a la carga de trabajo en las unidades de salud:

(...) no he podido por la carga de trabajo, como que ya la gente dijo ya no hay pandemia y ahora sí vamos a regresar. No nos damos abasto con la consulta, y no he podido [realizar] las capacitaciones como las había estado dando. La última fue en marzo. Abril y mayo les doy [la hoja de] nacido vivo y les doy un pequeño repaso, o sea les voy preguntando de manera individual. Ya no es como antes, ahorita ya como que bajó eso por la consulta (PS11QROO).

Por parte de las parteras, se reporta que la falta de capacitaciones es un fenómeno que comenzó con la pandemia, ya que años atrás ya se daban con la participación de muchas parteras, a diferencia de ahora:

...Desde que comenzó la pandemia nos suspendieron las juntas, ya va para tres años que no nos juntamos como antes, era un salón lleno, éramos 80 parteras (O71QROO).

Hay experiencias positivas de las parteras sobre las capacitaciones, sobre todo cuando se considera que se aprenden temas nuevos que las parteras sienten que enriquecen el bagaje de sus saberes. Tal es el caso de una partera de la comunidad de Felipe Carrillo Puerto que las considera como una oportunidad para adquirir mayor conocimiento sobre su labor:

Aquí siempre nos ha impartido la enfermera del centro de salud (...), nos ha impartido la plática siempre, y dándonos un conocimiento más (...). Nos dan pláticas sobre cómo protegerse y cómo proteger a la parturienta, sobre las pláticas como la evolución del embarazo, sobre la alimentación, control de embarazo, control prenatal, para que la mujer no suba de peso ni tampoco baje de peso. Siempre nosotras como parteras tenemos que aconsejar desde los dos meses a su consulta médica, a su análisis de sangre, su ultrasonido, y después un control prenatal (O69QROO).



En estas consideraciones, no aparece una consciencia de que la transmisión de estos conocimientos implica también la expansión del enfoque de riesgo y de la biomedicina. En la experiencia de otras parteras, sin embargo, las capacitaciones no dejan de ser una forma de control sobre su trabajo, por ejemplo, cuando se han hecho presiones en esos espacios para que las parteras grandes dejen de atender:

(...) Bueno, sí, teníamos una directora hace cuatro años... Once años fue ella [directora]. Que me dijo que ya dejara de trabajar, y yo le dije a ella "¿por qué voy a dejar de trabajar si me siento capacitada para eso? Tengo cosas para trabajar y yo no tengo por qué dejarlo". Entonces por eso dijeron ellos que una buscara reemplazo (071QROO).

Por su parte las parteras que acuden a las capacitaciones externalizaron la preocupación por la renovación de sus credenciales, ya que éstas se consideran una forma de reconocimiento de que fueron capacitadas y que el trabajo que realizan es legítimo y revalidado por la institución de salud.

Ahora lo que pasa, yo también tengo, quiero mencionar esto, que ahora como partera ya tiene como cuatro años que está vencida nuestra credencial de partería. Entonces estamos preguntando cuándo nos pueden renovar la credencial, y nos están pidiendo el control de embarazo que llevamos una hoja para rellenar, que necesitamos tener ocho pláticas para que nos puedan contemplar para que nos puedan dar otra credencial.. Si no, no (069QROO)

Quintana Roo es el único estado que hemos encontrado donde la Secretaría de Salud actualmente no ofrece credenciales a las parteras tradicionales indígenas que están registradas en su censo y que están vinculadas y capacitadas por esta institución. Las parteras coinciden en que este es un grave problema, porque sienten que no tienen legitimación al no ser validadas por el sistema aun si ellas "cumplen" con lo que los SESA-Qroo les exige; esto, a raíz de un problema que no les atañe de manera directa, pero que las salpica de manera negativa, quitándoles un reconocimiento que para ellas es vital.

La credencialización de las parteras tradicionales, se ve imposibilitada debido a que los SESA-Qroo consideran que no hay una normativa clara para poder emitirla. Se tiene un registro que el último año en el que se emitieron fue en 2017; sin embargo, se nos comentó que estas credenciales no cumplían con los requisitos ya que eran firmadas por personal no autorizado para "validar" el perfil de partera tradicional. El responsable de salud comunitaria así lo explica:

No hay credenciales. Hubo credenciales en 2017 pero eran credenciales expedidas sin apego a la normativa (...) incumplen con lo que dice la guía o con lo que indica la normativa, de pronto firma un jefe jurisdiccional cuando no tiene esa facultad para validar este perfil, únicamente es el Secretario o la Dirección de Calidad. Pero aun así es, bueno, desde la perspectiva intercultural es cuestionable el tema de las credenciales... Respondiendo concretamente, actualmente no existen credenciales en el estado, existieron



hasta 2017 pero éstas eran firmadas hasta por presidentes municipales o por autoridades de la jurisdicción. partir del 2017 no se expidió ninguna credencial (PS13QROO).

Hay falta de claridad en cuanto a quién tiene la responsabilidad y la prerrogativa de expedir estas credenciales entre los distintos departamentos de la Secretaría de Salud, lo cual revela un cierto grado de desorganización y, sobre todo, un vacío en las normativas estatales o federales en cuanto a la partería tradicional:

E: Esta credencial sería emitida ¿por quién?

PS: Es que eso es lo que está ahorita indefinido porque hemos hecho las consulta y bueno, originalmente esto era de gente que decía... ok es que ya cambiaron de nombre, ya no se llaman como antes... Planeación, Calidad y Archivo, ese es el área responsable anteriormente de hacer la emisión de credenciales una vez que las parteras son capacitadas. Pero, pues, ellos consultaron el área estatal, su área federal, su área federal contestó que ellos no podían ser... Sin embargo, quienes emiten las constancias para las capacitaciones son estas [áreas], pero derivado de todo esto y lo que estamos entrando, eso ha sido el punto más crítico para mantener en un padrón a las parteras tradicionales. Y entiendo, porque pareciera como que a la hora que puede venir la Fiscalía en este tipo de casos (la muerte materna de una mujer atendida por una partera rusa), este caso que te comento que llegó la Fiscalía porque violó muchos de los artículos de la Ley General de Salud... Entonces, es miedo de estas entidades de emitir algo oficial. Ese, digamos, es el mayor riesgo que yo le veo ahora para ellas (PS10QROO).

Se considera que los SESA-Qroo no tienen la posibilidad de “validar” a las parteras tradicionales y se expresa el miedo a asumir la responsabilidad institucional en el emitir estas credenciales. La razón fundamental tiene que ver con la presencia de parteras fuereñas o extranjeras que se autonombran como parteras tradicionales y exigen ser afiliadas al sistema de salud pasando por los procesos de validación que siguen las parteras indígenas comunitarias; por ejemplo, a través de las capacitaciones:

E: ¿Anteriormente se daba alguna credencial?

PS: Sí se daban credenciales, pero dentro de estas credenciales estaban estas personas (parteras extranjeras) (...) la Fiscalía les preguntó que por qué hicieron este papel si en las reglas no lo permitían (PS10QROO).

La problemática de la ausencia de credenciales para las parteras es multifacética. Primero, no existe un censo actualizado sobre las parteras indígenas tradicionales en las diferentes zonas del estado, debido a la falta de recursos para identificarlas a nivel local en todos los municipios y localidades. Segundo, no hay una institución o departamento en la misma Secretaría que pueda o quiera hacerse responsable de crear este censo y determinar los criterios de inclusión y exclusión en el mismo. Y, tercero, prevalece el temor de que, por falta de claridad en el proceso, las parteras fuereñas o “extranjeras” accedan a estas credenciales y sigan operando sin regulación ni vigilancia, generando entre las propias parteras



tradicionales una disputa por los recursos, el trabajo y el reconocimiento. En otras palabras, estamos frente a un problema similar al que sucede con los certificados de nacimiento.

4. PROBLEMÁTICA Y DEMANDAS

4.1 Problemática y demandas de las parteras

Las parteras de Quintana Roo **demandan que las autoridades de salud reconozcan su trabajo a través de la expedición de credenciales**, mismas a que las parteras refieren como “**certificaciones**”, para sentirse más legitimadas y, por ende, protegidas en su trabajo:

Lo que es la certificación, desde México dicen que lo van a gestionar, que lo van a dar, pero hasta ahora nada. Entonces como digamos “¿Dónde está tu certificado como partera?”, yo le digo “el certificado lo tengo yo acá, el certificado lo tengo con hechos trabajando”. Pero para muchos no vale, al doctor se le mueren miles en su camino, eso no lo toman en cuenta, pero si llega a pasará una compañera partera una muerte materna, hasta la cárcel puede ir (...). Lo primero que nos preguntan siempre es si tenemos una cédula de trabajo y nosotras como parteras empíricas no nos ampara nada. No, solo [lo] que nos ampara es la sabiduría (069QROO).

Una problemática que ellas identifican es el maltrato y la discriminación que reciben. Por lo tanto, **una demanda importante** que plantearon tiene que ver con **que se mejore el trato y que se les respete por su trabajo y conocimientos**, por parte del personal administrativo, directivo y operativo de salud de los centros de salud y hospitales **al hacer las referencias de sus pacientes**:

Algunos doctores te dicen “ya la trajiste porque ya no puedes, porque ya la lastimaste por eso vienes”. Así te reciben... Pero tú sabes que no es cierto, tú la llevaste sin nada de esas cosas, qué complicaciones, por qué motivo las estás llevando... Pero ellos no lo ven así, por eso nos hacen (071QROO).

Las parteras **demandan la entrega de la hoja de nacido vivo y del certificado de nacimiento sin obstáculos y sin regaños, discriminación y/o humillaciones**:

...la trabajadora social, me dijo “no, ustedes cobran el parto no sé dónde le van a dar el nacido vivo. Aquí no le vamos a dar nada a usted” y yo sé que donde están registradas las pacientes ahí deben de dar el nacido vivo pero no nos los dan (...)(070QROO).

Además, **solicitan la entrega de material anticonceptivo y la resolución y atención oportuna para sus pacientes cuando ellas necesiten referirlas**:

Antes nos hablaban mucho de planificación familiar, de los métodos, incluso yo usé mucho método, mandaban a los pacientes para dispositivo, para pastillas, para inyecciones, para condones, para el DIU, para la OTP, para la radiografía, todo eso lo



llevábamos, teníamos permiso, ahí nos hacían [hacer] todo ese tipo de trabajo. Ya no nos quieren dejar, ya tiene como tres cuatro años ahorita, ya ahorita nos ponen muchos peros (...). Ahorita las pacientes te piden, pero ya no puedes hacer nada porque ya no está en nuestras manos y le hemos comentado a los doctores, pero como ahorita ya no hay juntas, ya las parteras no pueden decir cómo porque pues nomás vamos a entregar el reporte de partos del trabajo... Pero ya no, ya no nos tratan como antes (071QROO).

En particular, **demandan material** y comparten su inconformidad por la falta de insumos para atender partos, pero en algunos casos, también otro tipo de material, que consideran necesitar para realizar su trabajo:

Tuvimos que entrar en la jurisdicción [refiriéndose a que para seguir laborando tenían que ser registradas] y hasta la santa fecha estamos allá... Pero ahí no nos dan dinero, no nos dan material para trabajar, con lo que uno obra, pues con eso vas a comprar material para que trabajas, entonces así lo manejamos, aunque esté en la jurisdicción del centro de salud, tú tienes que comprar el material (071QROO).

Me gustaría (...) que me dieran el material [de] trabajo que necesito, una mesa para atender partos. Cuento nomás con la cama para sobar, si es para sentarse para pláticas no cuento más con nada. Y cómo quisiera que algún día que contemplen este trabajo tener un cuarto digno para atender a mis pacientes (069QROO)".

Cabe hacer notar que la mención de una mesa para la atención del parto, como una necesidad por parte de esta partera, denota los cambios que han acontecido en la partería tradicional y la apropiación de ciertas perspectivas biomédicas en las formas de atender.

En la mayoría de las veces, las parteras en Quintana Roo también se desempeñan como herbolarias y hueseras, además de ser sobadoras. Como tales, **piden protección a sus espacios de plantas medicinales**. Por ejemplo:

Sobre ese tramo de trabajo que tengo allá (terreno ejidal) me han estado perjudicando por los ejidatarios, cada ejidatario nuevo que entra me viene a chapear mis plantas medicinales porque me quieren sacar (069QROO).

Las parteras, sobadoras, médicos y médicas tradicionales y herbolarias **demandan la protección de sus conocimientos tradicionales frente al extractivismo ejercido por personas fuereñas o empresas mexicanas, extranjeras y/o multinacionales**. Sobre eso, una partera comenta la siguiente experiencia:

Llegó una extranjera a conocer lo que somos nosotros y después de aprender se fue a la rivera de Cancún, de Tulum. Por su preparación y porque viene [del] extranjero, le dieron un terreno, la Casa de la Mujer, y se olvidó de las parteras que la enseñaron y de esa manera nos olvidó. Y ella ahora en su Facebook, ahí sube que es partera 100 por ciento y como ella tiene estudios, baja proyectos (..)



E: ¿le dieron algo a usted?

P: Nada, nada

E: ¿Y así como usted, cuántas parteras fueron?

P: Fuimos como 30 parteras de las comunidades

E: ¿Qué les dijo?

P: Ella dijo que iba a luchar por la mujer partera, hasta firmamos un documento que estamos solicitando que nos certifiquen, y jamás supimos de ellas hasta ahora, ahora en redes sociales que tiene su Casa de la Mujer, tiene su espacio de nacimiento digno bajo el agua, tiene de todo y nosotros nada.

E: ¿Cómo usted toma esa experiencia?

P: Pues esa experiencia es que nos obliga a cerrar puerta, nos obliga a cerrar puerta porque toman nuestro conocimiento (...) cómo ves eso es robo de personalidad, porque todo mi conocimiento lo agarró y lo vendió (...). Abusan de los indígenas, pues uno sin conocer sin nada, como libro abierto, experiencia entera porque quieres otras personas aprendan, quieren que te valoren y resulta que los coyotes lo llevan a otro lado (073QROO).

A diferencia de las parteras de la zona norte, las parteras de la región maya en el sur del estado no expresaron la demanda por servicios de salud dignos o una compensación por su trabajo. Finalmente, encontramos que el trabajo de las sobadoras aparece invisibilizado, así como sus aportes a la salud materna de las mujeres durante el embarazo. Esto posiblemente se deba a que varias están desvinculadas de los SESA-Qroo. Por otro lado, las parteras tradicionales indígenas que operan en Cancún sí plantearon **la demanda de poder tener un acceso pleno a servicios de salud oportunos, de calidad y gratuitos; asimismo, demandan el poder tener una beca a cambio de su trabajo.** Sin embargo, la experiencia en campo y las entrevistas realizadas dan cuenta del abandono, las carencias económicas y la falta de acceso a servicios funcionales y dignos de salud para todas ellas.

4.2 Problemática y demandas de acuerdo al Sector Salud

Entre el personal de salud cercano a las parteras, se percibió una inquietud por sensibilizar a los colegas médicos/as y enfermeros/as acerca de los aportes de la partería tradicional, desde las etapas de formación, hasta el ejercicio de la profesión médica o de enfermería. La problemática identificada es **poder contar con financiamiento para realizar talleres de sensibilización al personal de salud para que trabajen con las parteras de manera efectiva y respetuosa, y para que conozcan la importancia de la partería tradicional, el valor de su trabajo y sus derechos a ejercer la partería:**

Capacitar al personal de salud. Empezar por allí, no por las parteras tradicionales, más bien por el personal de salud (...). Creo que el principal es el de gestión y abogacía, tratar que los actores clave o el personal que tendría que estar involucrado se sensibilice... Es el [paso] más desgastante, el más frustrante, pero al mismo tiempo tendría que ser el más retador, creo que ese es el reto a nivel profesional, y el reto a nivel individual es tratar de generar evidencia [de esta necesidad] (PS13QROO).



Esta necesidad es apremiante, ya que el personal médico y de enfermería que ha tenido una experiencia positiva de colaboración con las parteras, encuentra en su propio gremio una ausencia de vinculación con el trabajo de las parteras tradicionales por actitudes prejuiciales, rechazo, falta de aceptación, falta de experiencia previa y/o desconocimiento de cómo trabajar en equipo con ellas:

Trabajo con una partera que tiene (...) 38 años ejerciendo la partería... ¿Tú crees que no tiene la experiencia? Sin embargo, mis compañeros, o sea no valoran eso, piensan que el estudio y el conocimiento en los libros es muy importante. Pero [no hay] nada como la experiencia que agarras con las manos, entonces para mí es muy respetable su trabajo, y no te sabría decir por qué los demás no confían en ellas, porque hay médicos que no tienen ese trabajo en equipo (PS11QROO).

La saturación de tareas, el trabajo burocrático, en general, las cargas excesivas de trabajo entre las personas que tienen la responsabilidad de los programas en los SESA-QROO, representan otra problemática que se manifestó durante el trabajo de campo y que se nos refirió que es un problema que se ha profundizado en los últimos años por los recortes presupuestales y del personal mismo. Esto impide coordinar e implementar de forma plena el programa de partería y sus estrategias:

Te pongo un ejemplo: En jurisdicción tres tuvimos en 2019 a un responsable de Desarrollo Comunitario, que a la vez era responsable de Salud Materna y jefe de departamento. Entonces su capacidad para coordinar este tipo de trabajos se veía reducida (PS10QROO).

En particular, se reportó una falta de estrategias claras y de una disponibilidad escasa de recursos financieros y humanos a nivel estatal para apoyar en la vinculación del Sector Salud con las parteras. Además, se mencionaron algunos de los vacíos en el marco Legal y normativo a nivel estatal y federal:

Hay una serie de necesidades que requieren de mucha organización, recursos y compromiso por parte de las instituciones federales para hacer alianza por parte de la partería tradicional... Y también entiendo que hay lagunas tremendas en la normativa, partiendo de la normativa local hasta la nacional. Creo que hay mucho trabajo que hacer para cuando uno acude a la comunidad y conversa con las parteras, hay veces que parecen que trabajan solas ¿no? No tienen un enlace con el sistema de salud, a grande rasgo este sería el panorama que podría expresar (PS13QROO).

La falta de regulación de la partería autodenominada tradicional o “en la tradición”, practicada por mujeres que no provienen de comunidades rurales e indígenas, sino que son urbanas, autónomas y a las que se les nombra, sin hacer matices algunos, como “extranjeras”, limita las estrategias de vinculación con las parteras tradicionales indígenas e imposibilita la entrega de hojas de nacido vivo y credenciales:



[En] la zona norte, nuestro mayor reto son nuestras parteras extranjeras y aquellas parteras que se denominan como parteras tradicionales pero que como lo dice la definición no cumplen con los requerimientos de partera tradicional o incluso están haciendo funciones como si fueran enfermeras. Y ellas, sí usan los medicamentos (...) Ahora el personal médico tiene cierta resistencia porque ellas están administrando medicamento, están dando soluciones, están cobrando por los servicios cantidades incluso mucho más alta de lo que un ginecólogo te puede cobrar por una atención del parto. Y creo que esto rompe un poco el vínculo que puedan llegar a tener entre la parte de la partería tradicional con[el personal] médico[o], sobre todo la atención de especialistas en los hospitales. Creemos que lo que ellas están haciendo no es correcto y esto nos ha llevado a nosotros en diferentes ocasiones a actualizarles sobre lo que es la partería tradicional, y cuáles son los términos de la parte de partería tradicional, y hasta dónde llegarían y cuál es la diferencia con estas parteras extranjeras que están ofertando servicios que en realidad no están dentro de lo que debería hacerse como partería tradicional (PS64QROO).

Finalmente, también se expresó que, a diferencia de lo que sucede en Yucatán, hay una falta de comunicación y vinculación con el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya (INDEMAYA), sede Quintana Roo; esta desvinculación se ve como una desventaja, ya que esta institución tendría la posibilidad de facilitar el registro de las parteras mayas identificadas desde sus propias estrategias, e incluso trabajar en conjunto:

Pero hay otras gentes dentro de la misma Secretaría que les tocaría vínculo con algo que se llama INDEMAYA, y ese INDEMAYA es quien tiene los padrones de parteras tradicionales, ese vínculo tendría que darnos ese listado y hoy está todavía como indefinido (PS10QROO).

4.3 Convergencias entre problemáticas y demandas planteadas por las parteras y por el personal de salud

En los dos últimos apartados hemos dado cuenta de las problemáticas y demandas de ambas partes, de la cuales podemos rescatar algunos puntos convergentes que nos parecen relevantes y sugerentes.

Ante la demanda de las parteras de la zona norte sobre la falta de seguro médico y condiciones dignas de acceso a una atención oportuna y de calidad a sus enfermedades, el personal de salud demanda también que existan condiciones para una atención digna, oportuna y preventiva para parteras, sobadoras y médicos/as tradicionales.

Las parteras asumen como algo necesario el apoyo económico y la entrega continua y periódica de materiales e insumos por parte de las instituciones de salud donde ella reportan su productividad en cuanto a partos atendidos. Frente a eso, el personal de salud también remarca que tienen carencias de recursos humanos suficientes, y desabasto de materiales en unidades de salud para brindar a las parteras.



Mientras el personal de salud considera que es escaso el recurso financiero y humano para brindar capacitaciones a las parteras, así como la falta de material didáctico adecuado, las parteras registradas comparten la incertidumbre sobre la continuidad de las capacitaciones después de la pandemia.

Frente al trato inadecuado y poco respetoso por parte del personal de salud operativo, administrativo y directivo en las unidades médicas, al solicitar las parteras la hoja de nacido vivo, el certificado de nacimiento y/o algún otro trámite relacionado con su trabajo, **el personal de salud en oficinas centrales solicita realizar talleres de sensibilización para el personal de salud**, porque reconoce que hay maltrato y relaciones de discriminación y falta de respeto hacia las parteras.

Ante la denuncia de algunas parteras de la apropiación del conocimiento tradicional de partería tradicional indígena por personas ajenas a las comunidades que a largo plazo genera desventajas en el ejercicio de su labor, en las oficinas centrales se reconoce que hacen falta lineamientos para la regulación del trabajo de estas parteras que ejercen el oficio sin proceder de las comunidades.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Buenas prácticas estatales y aprendizajes

Durante el trabajo de campo se detectaron experiencias de vinculación por parte de personal de salud con parteras que catalogamos como buenas prácticas. Una primera estrategia tiene que ver con la gestión de recursos materiales (como vehículos y organización de rutas) que generan las condiciones para que las parteras tradicionales puedan acudir a las capacitaciones:

Las viejitas además de que son muy viejitas... no tienen tanto dinero para trasladarse... Ese es el principal problema que yo vi, y que incluso -nombre X- ya había trabajado con rutas para recogerlas y traerlas a las capacitaciones, porque al ser tan honestas y no cobrar, pues no tienen dinero para trasladarse cuando son convocadas" (PS10QROO).

Una segunda estrategia es la de haber logrado, en algunos casos, adecuar evaluaciones y capacitaciones a las características de las parteras:

(...) que se intenta que sean un poco más fáciles de comprender para las parteras, y cuando ellas no tienen la habilidad de leer o escribir, se hace de forma oral o platicada con apoyo del personal que está como de Staff en estas capacitaciones para poder responder ... y ya saber cuáles son las que han estado aprobando, o en qué temas se tendrían que reforzar (PS64QROO).



En tercer lugar, se encontró que hay experiencias de personal de salud, sobre todo cuando ya tiene tiempo de ubicarse en el mismo lugar y de haber conocido y colaborado con las parteras de manera cercana, que valoran positivamente el conocimiento de las parteras y lo reconocen explícitamente ante las parteras y las mismas mujeres que se atienden con ellas; al mismo tiempo, que también lo reconocen en los centros de salud. Una médica comparte:

(...) Yo les pregunto "¿Qué te dijo tu partera?" Y ya me dicen: "No, pues, de que viene sentadito". Efectivamente, siempre les doy el crédito para que [las mujeres] nos crean a las dos, y las parteras van conmigo, me dicen "mis pacientes son tantas y me preguntan cómo van en su consulta y su control" y yo les digo a ellas, igual lo que pasa. Trabajamos muy en equipo (PS11QROO).

Un cuarto elemento es la buena práctica de dar apertura a las parteras en espacios de atención institucional, para que éstas puedan acompañar a sus pacientes. Una médica comparte:

(...) A parte de qué yo recibía en la unidad pacientes que atendían el parto con alguna partera tradicional que estuviera cerca de la comunidad en donde yo estaba, Ahí las mismas parteras tradicionales las llevaban al centro de salud para la emisión del certificado de nacimiento para hacer acompañamiento. Ellas se quedaban y yo les permitía entrar con las embarazadas a la consulta para que ellas me describieran cómo fue la atención que tuvo con la paciente. Y eso te permite conocer mucho, algunas cosas que nosotros manejamos diferente a lo que saben las parteras tradicionales, eso fue lo primero (PS14QROO).

Finalmente, se encontraron ejemplos del establecimiento de relaciones de confianza y de mutuo apoyo del personal de salud con las parteras. Por ejemplo, en el municipio de Morelos una partera comparte una experiencia de vinculación con la médica:

E: ¿Fue difícil esa vinculación con la doctora?

P: Se llevaba conmigo, no fue difícil. Se llevó muy bien conmigo, con ella nunca tuve ningún problema. Cuando yo tenía mi última hija... fueron a buscar a la partera y no estaba y entonces le dije a mi esposo que fueran a buscar a la doctora y yo le dije ve y me dijeron "hasta crees que va a venir"...Y yo dije "sí, ella va a venir". Y es que yo de escondidas así a todos mis trabajos porque a él no le gustaba, hacía yo mis trabajos [de atender a mujeres en el embarazo y parto], por eso tenía relación con la doctora y él no sabía pero tampoco sabía que la doctora iba a ir a verme. Y le dije "anda, búscame a la doctora. Va a venir, yo sé" (073QROO).

En cuanto a aprendizajes generales, se encontró que existe una amplia diversidad de parteras tradicionales, en su mayoría mujeres mayas; sin embargo, también se encontró una gran diversidad de practicantes indígenas de la medicina tradicional, como son hueseros, herbolarios, médicos tradicionales, sacerdotes mayas y sobadoras tradicionales. Para



caracterizar a las parteras tradicionales es importante remarcar que son en su mayoría mujeres mayores de edad, sin acceso a servicios médicos de calidad, ni apoyos constantes por parte de las instituciones de salud para ejercer su labor.

La vinculación con el sector salud es escasa en las zonas rurales de la región maya del sur del estado. Aun cuando existe un acceso carretero, la falta de recursos institucionales dificulta el registro y el seguimiento a las capacitaciones por parte de los SESA-QRoo. Durante la pandemia, las parteras reportaron la preferencia de las mujeres embarazadas a atenderse con ellas, por miedo al contagio. Sin embargo, en general se registró que las mujeres embarazadas acuden con mayor frecuencia con las parteras para la sobada o para el cuidado del puerperio, pero menos para la atención de un parto; las parteras han notado una disminución de la atención anterior a la pandemia, disminución que genera la transición de parteras a sobadoras.

En cuanto a las parteras tradicionales de la zona turística se registra la dificultad para otorgar el certificado de nacimiento, aunque estén registradas en la unidad de salud, además de que reportaron recibir malos tratos por el personal de salud, tanto de parte de enfermeras o médicos/as operativos, como de personal administrativo o directivo.

Sobre la presencia de parteras ajenas a las comunidades, algunas de ellas extranjeras, en zonas donde también hay parteras tradicionales se encontró que las parteras tradicionales indígenas reportan la apropiación indebida de sus conocimientos, y una preocupación por la forma desigual en que estas parteras externas, con mayor nivel educativo y recursos económicos propios, tienen para poder acceder al certificado de nacimiento de manera ilegal, comprándolo, mientras que a las parteras tradicionales comunitarias se les niega. También reportan el cobro por la atención de un parto que es mucho más elevado por estas parteras ajenas a las comunidades. Las parteras tradicionales indígenas manifiestan indignación frente a estas actitudes y prácticas que las despojan a ellas y les dificultan aún más el ejercicio de su labor.

Se reconoce la presencia de procesos organizativos emergentes de las parteras tradicionales, uno desde la CAMI María Uicab y el otro de las parteras vinculadas con el movimiento Nich Ixim en Chiapas. Además, se encontraron experiencias de vinculación a nivel local, desde lazos de amistad entre parteras que se acompañan a capacitaciones o talleres, y se comparten conocimientos de partería o estrategias para navegar en el sistema.

El trabajo de campo en oficinas centrales nos ayudó a profundizar en las trayectorias de las algunas de las autoridades de salud entrevistadas. Todo el personal de salud entrevistado en oficinas centrales declara haber tenido contacto directo con parteras tradicionales, mediante visitas, capacitaciones o en sus trayectorias como personal operativo. Esto hace que puedan expresar una mucho mayor sensibilidad hacia la labor de las parteras y reconocer abiertamente su valía.



Así como en los otros estados de estudio, encontramos que las capacitaciones son la herramienta de vínculo más importante del personal de salud con las parteras tradicionales, pero hay preocupación por la falta de recursos para lograr estas capacitaciones y para implementar los programas de partería, así como el desabasto para brindar apoyos en material y otros. Además, las capacitaciones, su seguimiento y el vínculo con las parteras se fragmentaron durante la pandemia; ha sido difícil retomarlo por temor al contagio de parteras mayores de edad durante las capacitaciones y por la falta de recursos para poder apoyar a las parteras en sus traslados.

Se reconoce la presencia de personal de salud con poca o nula sensibilidad y mucho desconocimiento del trabajo de las parteras, por lo que les resulta difícil aceptarlas y valorarlas. Se manifestó la necesidad de que el personal de salud que trabaja en la misma zona que las parteras reciba una sensibilización intercultural; además, se expresó la necesidad de mejorar la vinculación con hospitales de segundo nivel para que las parteras puedan referir y acompañar a las mujeres que necesitan apoyo especializado, sin ser maltratadas y con un justo reconocimiento de sus saberes y su labor.

Hay una preocupación por la vinculación con las parteras debido a la falta de continuidad en el sistema de salud en cuanto a las contrataciones y por las rotaciones continuas del personal encargado de los programas y del personal operativo en zonas rurales. En las oficinas centrales se observa una tensión en el estado y sobre todo en las zonas turísticas, por la presencia de parteras ajenas a las comunidades que se denominan parteras tradicionales, ya que hay una ausencia de regulación en sus prácticas que finalmente, afecta muy negativamente a las parteras tradicionales, impidiendo que se les otorgue credenciales y dificultando la obtención de los certificados de nacimiento. Además, hay una dificultad evidente y reconocida en cuanto a quiénes censar como “parteras tradicionales” por parte de los SESA-QRoo.

5.2 Recomendaciones

Algunas recomendaciones que se desprenden del análisis para el estado de Quintana Roo incluyen las siguientes:

- Destinar un rubro financiero exclusivo, suficiente y continuo, para la implementación de los programas de partería tradicional, así como para la capacitación y sensibilización del personal de salud.
- Gestionar recursos a nivel federal para otorgar un apoyo económico y materiales e insumos a las parteras tradicionales, así como el acceso a servicios médicos oportunos y de calidad para prevenir, atender y darles seguimiento y control a las enfermedades que las parteras padecen.



- Posibilitar la contratación de personal de salud para coordinar el área de partería de manera permanente, así como de intérpretes mayas en las unidades rurales de salud.
- Priorizar la vinculación del personal de salud con las parteras que se ubican en la zona maya y rural.
- Facilitar el acceso a hojas de alumbramiento y certificados de nacimiento a parteras tradicionales indígenas que se ubican a nivel urbano en la zona norte del estado.
- Adoptar metodologías horizontales, lúdicas, participativas e interculturales en las capacitaciones brindadas a las parteras registradas.
- Adecuar los procesos de registro, credencialización y reconocimiento de las parteras tradicionales a sus características y sus condiciones históricas.
- Generar formatos y mecanismos comunicativos expeditos y sencillos que faciliten las referencias de una partera tradicional al segundo nivel, ante una complicación o urgencia.
- Generar lineamientos o mecanismos legales para regular el trabajo de las parteras ajenas a las comunidades, incluyendo la as parteras extranjeras.
- Diseñar y aplicar herramientas de protección al conocimiento de las parteras tradicionales como patrimonio cultural.
- Generar puentes eficaces de comunicación entre los diferentes niveles de gobierno que tengan injerencia directa o indirecta con la partería, y las coordinaciones encargadas de los programas de partería tradicional en los SESA-QRoo, incluyendo a el INDEMAYA, sede Quintana Roo.
- Reconocer en el marco legal el papel protagónico de la sobadora tradicional en el cuidado de la salud de la mujer embarazada.

