

A black and white photograph of a woman, likely of Latin American descent, smiling warmly. She is wearing a traditional patterned shawl or poncho. The background is a soft, out-of-focus landscape.

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina

Rubén Muñoz Martínez y
Paola María Sesia
(Coordinadores)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud
Matteo Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentir, jugar, hacer, pensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Matteo Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
Maria Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Matteo Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud
Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes
Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada
Sandra Caponi, 2024

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

Historia y sociología de la medicina: selecciones
Henry E. Sigerist, 2024

Teoría social y salud
Florencio Antonio Ferrara, 2024

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad
Maria Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina

Contribuciones de la
antropología médica crítica

Rubén Muñoz Martínez y Paola María Sesia
(Coordinadores)



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Muñoz Martínez, Rubén

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina : contribuciones de la antropología médica crítica / Rubén Muñoz Martínez ; Paola María Sesia. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; 49)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-73-5

1. Antropología Médica. 2. Salud Reproductiva. 3. Grupos Vulnerables. I. Sesia, Paola María II. Título

CDD 301.092

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa e interiores: *Hadynyah, Shakzu*

Corrección de estilo: *Carina Pérez*

Edición de tablas: *Ivana Leiva Baldi*

Diagramación: *Ivana Leiva Baldi*

© 2024, Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia.

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-73-5

DOI: [10.18294/CI.9789878926735](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926735)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Capítulo 6

Entre la vulnerabilidad y la precariedad estructural: La partería tradicional indígena mexicana en tiempos pandémicos y pospandémicos

Paola María Sesia¹, Lina Rosa Berrio²

Introducción

México es el país con el mayor número absoluto de personas indígenas en América Latina (CEPAL/FILAC, 2020), distribuidos a lo largo y ancho de su territorio, pero con una fuerte concentración en el sur, sureste y centro del país. La salud es uno de los ámbitos donde se expresan los saberes de estos pueblos y la partería tradicional es parte de sus sistemas de salud, representando un recurso de gran valor para el cuidado de las mujeres y la reproducción de la vida.

La presencia de la partería indígena es notable en México pues se encuentra al menos en 26 de las 32 entidades federativas. Los datos oficiales de la Secretaría de Salud federal mencionan que en 2020 había 15.835 parteras/os tradicionales registradas/os en el país, de las cuales 91% permanecen en actividad con un promedio de 29 años de servicio (SSA-CNEGSR, 2020, p. 27). 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 son elementos fundamentales en la garantía y el disfrute de los derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas.

¹ Doctora en Antropología sociocultural por la Universidad de Arizona en Tucson, Estados Unidos y maestra en Salud Pública por la Universidad de California en Berkeley, profesora-investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

² Comunicóloga por la Universidad Javeriana, Colombia, maestra en Estudios Latinoamericanos por la UNAM y doctora en Ciencias Antropológicas por la UAM-I, México. Es profesora-investigadora en la línea de antropología médica en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur, México. Orcid.org/0000-0003-3787-7028. Correo electrónico: linaberrio@gmail.com.

Es además un recurso fundamental para la salud materna y neonatal, especialmente en municipios y regiones mayoritariamente indígenas (Berrio, 2017; Botteri & Bochard Pizarro, 2019; Dixon, El Kotni & Miranda, 2018; El Kotni & Ramírez, 2017; Fagetti & Martínez, 2020; Jiménez, Pelcaltre & Figueroa, 2008; Mateo & Argüello, 2018; Sánchez Ramírez, 2015; Sesia & Berrio, 2021, 2023a, 2023b; Smid *et al*, 2010), pero también, y de modo creciente, en contextos urbanos como la Ciudad de México (Martínez Villarruel, 2024) u otras ciudades pequeñas o medianas con presencia de población migrante indígena en su interior y alrededores, como es el caso de San Cristóbal de las Casas en Chiapas (Ramírez Pérez, 2016).

La partería en México se encuentra actualmente en un contexto profundamente adverso para su ejercicio, especialmente en el momento del parto, pese a su importancia para la reproducción social de la vida en las comunidades y a la existencia de un marco jurídico de derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas que protege la partería e, igualmente, de un marco legislativo y normativo en salud que, de manera ambivalente, la reconoce.

Esta situación se debe a múltiples causas, algunas vinculadas a procesos naturales de envejecimiento, pero otras obedecen a razones estructurales derivadas de la acción del Estado; de las cuales resaltamos: a) la vulnerabilidad estructural en la que se ejerce la partería, lo cual es el tema central de este capítulo y que desarrollaremos posteriormente; y b) el modelo de política pública en salud materna implementado en el país desde comienzo del nuevo milenio, el cual ha priorizado el parto hospitalario como la única forma de atención para evitar muertes maternas. Esta política se basó en dos premisas que consideramos erróneas. La primera es que las parteras tradicionales no coadyuvaban a la reducción de la muerte materna a nivel comunitario y, por tanto, hay que eliminar estas prácticas y saberes progresivamente (véase Sesia & Berrio, 2024, para una discusión más a fondo sobre este punto); y la segunda, la suposición de que los hospitales públicos son el mejor lugar para dar a luz, aun cuando no se trate de partos complicados³.

Aún si el análisis de esa política no es central en este texto, la mencionamos porque ha contribuido al fuerte desplazamiento de las parteras tradicionales en la atención del parto, desestimulando a las mujeres para acudir a ellas y, en varios casos, creando contextos locales y regionales donde la partería indígena ha sido obstaculizada, hostigada y hasta abiertamente reprimida⁴. Los datos de atención de partos por parteras son reveladores pues muestran cómo estos números se reducen cada año, de tal suerte que el porcentaje de partos atendidos por ellas a nivel nacional es menor al 2%, mientras que en la década de 1980 era significativamente mayor. Su actual disminución numérica y una menor transmisión intergeneracional de conocimientos, la coloca hoy en día en peligro de extinción, lo cual constituye una pérdida acelerada de saberes y de patrimonio cultural inmaterial, además de la reducción de recursos

³ Hay que recordar que, de acuerdo con la OMS (2015), los partos normales son el 85% o más, por lo que se pone en tela de juicio que los hospitales sean el mejor lugar para dar a luz en la gran mayoría de los nacimientos.

⁴ Véase Sesia y Berrio (2021; 2023a y 2023b; 2024) para una profundización sobre este punto.

comunitarios valiosos en salud materna que no se reemplazan con nuevas generaciones de parteras, ni por servicios institucionales de salud a nivel local.

Ante esta situación compleja y contradictoria, se realizó un diagnóstico situacional de corte antropológico acerca de las condiciones en las que se encuentra actualmente la partería indígena en seis estados del país donde históricamente ha tenido una gran presencia e importancia (Sesia & Berrio, 2021; 2023a; 2023b)⁵. En este capítulo abordamos tres de los ejes indagados con parteras y profesionales de salud, a fin de discutir la vulnerabilidad y la precariedad estructural en la cual desarrollan hoy su trabajo. Los ejes temáticos relevantes para este texto son: a) la presencia y las características sociodemográficas, laborales y de salud de las parteras en el entorno donde ejercen; b) la relación de las parteras con los servicios institucionales públicos de salud y con el personal de salud; y c) la situación de crisis y precariedad en que el personal de salud ejerce sus funciones, incluyendo su relación con la partería comunitaria, en el contexto de la pandemia y en tiempos pospandémicos.

El texto se centra en las especificidades de la situación enfrentada por las parteras tradicionales indígenas que se relacionan con el sistema institucional de salud, sin perder de vista que esta articulación se da en un entorno sistémico de gran precariedad y crisis. Se trata de un contexto difícil y de una articulación problemática, tanto a nivel ideológico como práctico; un contexto que bien se puede definir de *vulnerabilidad estructural* (Quezada, Hart & Bourgois, 2011) en el ejercicio de la partería y una relación que se ha caracterizado históricamente por procesos cotidianos, normativos e ideológicos de *hegemonía-subordinación* entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y la partería como un modelo de atención subalterno (Menéndez, 1984). Sin embargo, esta relación se da en un contexto de *crisis* y de gran *precariedad* en el sistema institucional de salud, las cuales se experimentan sobre todo entre el personal de salud de las Secretarías de Salud de las entidades federativas (SESA); crisis y precariedad que se agravaron con la pandemia y en la pospandemia y que atañen, entre otros, precisamente a los espacios de articulación entre personal de salud y parteras.

Interesa mostrar cómo la vulnerabilidad estructural en la que se ejerce la partería interactúa y se profundiza a partir de la situación de precariedad en la que trabaja el personal de salud que se relaciona con ella. Esto tiende a producir una situación donde, independientemente de la voluntad o intenciones explícitas del mismo personal de salud, el contexto de crisis establece *de facto* una “jerarquía de lo prescindible”, donde las parteras y sus necesidades se colocan en el peldaño más bajo de las prioridades en las políticas y estrategias de salud comunitaria y/o salud materna que el personal institucional logra todavía llevar a cabo.

La ausencia o, por lo menos, la reducción de estos espacios de encuentros podría percibirse como un relajamiento del control ejercido por el personal de salud hacia ellas; sin embargo, al parecer, terminan por experimentarse por parte de varias,

⁵ Proyecto “La situación actual de la partería indígena en México”, desarrollado entre el 2021 y el 2023, financiado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) en México con clave 311319. En la investigación participaron Cirenía Vásquez, Nadia Maciel, Coral Mendoza, Aide Rodríguez, Edgar Delgado, Nadia Ortega y Adriana Lozano, como integrantes del equipo. A todas ellas, van nuestros agradecimientos.

aun si no todas, como un elemento adicional de privación, abandono y/o desvalorización de su trabajo.

Marco teórico-conceptual

Siguiendo el espíritu del libro, es necesario discutir el concepto de vulnerabilidad, el cual se refiere a “un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades ante una enfermedad o daño y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección” (Ayres *et al.*, 2018, p. 44). Estos autores recomiendan no enfocarse tanto en “los rasgos generales de la desigualdad”, sino en “comprender la concreción de las relaciones de género y raciales, de clase y generacionales en cada escena de la vida cotidiana, con el interés sobre el modo en que la desigualdad es vivida por los sujetos en cada lugar” (p. 50). Esta episteme es relativamente nueva en la epidemiología o la salud pública; sin embargo, estos autores mencionan que tiene un importante potencial de uso en el análisis de todo tipo de enfermedad, daño o necesidad de cuidados. Es en esta línea donde incluimos el campo de los y las curadoras y cuidadoras tradicionales indígenas que se encuentran desprotegidas, sobre todo al entrar su adultez mayor.

Por otro lado, en un artículo de 2011, Quesada, Hart & Bourgois argumentaron acerca de la relevancia del concepto de *vulnerabilidad estructural* en relación con los efectos negativos en el acceso a la atención en salud, el trato personal médico-pacientes, perfiles epidemiológicos desiguales, y la experiencia de aflicciones entre grupos social y estructuralmente excluidos, discriminados, marginalizados y explotados, sobre la base de la clase social, la etnicidad-raza, el género, la nacionalidad y el estatus migratorio, entre otros. Estos autores propusieron que la *vulnerabilidad estructural* marca una posicionalidad específica de profunda desventaja que es necesario entender y sobre la cual actuar, tanto desde la política pública como en, y desde, los encuentros clínicos. En particular, argumentaron que, en la interacción personal de salud-pacientes, se tendría que rebasar el enfoque explicativo individualizante y auto-responsabilizador de las enfermedades causadas por los estilos de vida y/o las conductas de riesgos para, en su lugar, comprender las barreras y limitaciones estructurales que grupos sociales subordinados enfrentan día tras día; para llegar así a visualizar las causas subyacentes detrás de su salud mermada y actuar en consecuencia. Con respecto a Ayres *et al.*, estos autores enfatizan más el componente colectivo y las dimensiones estructurales de la vulnerabilidad, aun si el enfoque crítico es muy parecido.

En este capítulo retomamos el concepto de vulnerabilidad estructural más allá del encuentro clínico y lo extendemos a las condiciones de ejercicio de la partería indígena y a ciertos aspectos concretos de la interacción entre ellas y el personal institucional de salud. Las parteras ejercen en una situación que bien se define como de una profunda vulnerabilidad que las afecta en sus propias *condiciones de salud*, pero también en sus *condiciones de trabajo* y en la articulación entre ambas condiciones.

Por otro lado, y para entender estos procesos, no es suficiente leerlos a través de la lente de la vulnerabilidad o de la vulnerabilidad estructural; es necesario retomar la dialéctica de *hegemonía-subordinación*, originalmente elaborada por Gramsci en el contexto de la cultura política italiana durante el fascismo y recuperada y trabajada por Menéndez en el campo de la salud (1984); como un enfoque procesual aplicado al campo de la biomedicina, el sistema institucional de salud y sus articulaciones entre modelos médicos; en este caso, en la interrelación con otros sistemas de atención y otros agentes de salud que operan en el nivel comunitario y no son parte formal del sistema institucional. Aquí, la relación entre parteras y personal de salud se construye produciendo, reproduciendo y profundizando a nivel ideológico, técnico y práctico la subordinación, invisibilización y hasta exclusión de las primeras y la reafirmación de la hegemonía de los segundos, aun si esto sucede como procesos no siempre lineales y a veces fracturados. La vulnerabilidad estructural encuentra uno de sus límites explicativos precisamente por ser una categoría analítica tipológica y no procesual (para ver otras limitaciones, véase la Introducción y el capítulo de Muñoz en este libro).

La hegemonía del sistema institucional de salud se reproduce ideológica y prácticamente por parte del personal de salud a través de un reconocimiento titubeante, ambivalente y a su pesar de la existencia y relevancia de la partería indígena en la atención materna, al mismo tiempo que se deslegitima, hostiga y a veces amenaza abiertamente con el peso de su poder regulatorio, sus mecanismos de control directo e indirecto y su institucionalidad o *gobernanza* (Foucault, 2009) burocrática; situaciones que se hacen realidad en las relaciones cotidianas que el personal de salud y/o las autoridades jurisdiccionales o estatales establecen en la práctica.

Lo anterior refleja rasgos estructurales y sistémicos del sistema institucional de salud, donde juega la reproducción social del racismo, clasismo y sexismo estructural que aqueja al sistema de salud en México, como reflejo y profundización de rasgos de la sociedad mexicana en su conjunto; en este caso, aumentados por la ideología inherente del sistema institucional de salud, entre los profesionales de la salud y en el ejercicio de la profesión médica y paramédica, de la superioridad del conocimiento médico como científico. La ideología de la superioridad se establece en el campo de la salud desde la formación y en el interior de estructuras organizativas profundamente jerárquicas; se acompaña por la descalificación sistemática de otros saberes o prácticas ejercidas en el campo de la salud, incluyendo la partería, que no hayan pasado por un proceso de formación profesional y que no se perciban como científicas.

Lo interesante y muy revelador —ya que nos remarca el gran peso que la ideología tiene en la construcción de la hegemonía— es que la producción, reproducción y profundización de estas relaciones desiguales, verticales, autoritarias y asimétricas se dan en el terreno de lo concreto, aun si el sistema institucional público de salud presenta enormes fragilidades en el primer nivel de atención y grandes carencias y una crónica sobresaturación a nivel hospitalario; particular y precisamente, en las regiones donde las parteras indígenas ejercen su oficio.

Este escenario se profundizó durante la pandemia, al mismo tiempo que refiere a una crisis mucho más profunda en el sector salud, alimentada, entre otras razones, por el convulso proceso actual de transformación del sistema público de salud y por una crónica subfinanciación al sector, esta última, agravada con las políticas de austeridad del actual gobierno federal y la grave corrupción presente en muchas entidades federativas. Esta crisis del sistema institucional de salud alude a una situación que definimos de *precariedad estructural* en la cual trabaja la mayoría de su personal, con el cual las parteras se relacionan directa o indirectamente.

En Europa y gran parte del norte global, el concepto de *precariedad* remite a una condición de inseguridad derivada de la pérdida progresiva de la protección social en el Estado de Bienestar, y a la sociedad del riesgo (Beck, 1998) desde los inicios de la época neoliberal; en algunos casos, haciendo referencia explícita a la pérdida de derechos sociales en lo laboral (Vincent, 2017/2018). En otras palabras, la precariedad se ha asociado con la modernidad líquida de Baumann (2002) o la condición posmoderna ligada a la globalización. En América Latina, donde el Estado de Bienestar ha sido, en el mejor de los casos, solo una aspiración endeble, el concepto de precariedad se ha asociado a la realidad del mercado informal del trabajo, donde amplios sectores de la población en edad productiva se enfrentan con condiciones laborales crónicamente inestables, remuneraciones bajas y falta de protección social y/o contractual (Oliveira, 2006); condiciones que han sufrido deterioro desde antes de la flexibilización neoliberal de los mercados del trabajo (Harris & Scully, 2015), como ha sido precisamente el caso de México.

Aplicado al ámbito de la salud, se ha pensado en sistemas de salud precarios en los países más afectados por las reformas neoliberales privatizadoras, como en el Chile ligado de la dictadura. Actualmente, se ha asociado la condición de precariedad con la fragilidad y hasta el colapso derivado de la pandemia por COVID-19 (Knaul *et al.*, 2023; Tetelboin *et al.*, 2021), pero también con el campo ocupacional de los médicos generales egresados de las facultades de medicina que no logran entrar a una especialidad. En este último caso, la precariedad limita, a veces de manera drástica y severa, la capacidad de autoridades y personal de salud para implementar políticas, programas y servicios en salud materna y partería, y ante las necesidades expresadas por las parteras y/o identificadas por el mismo personal de salud. Este fenómeno está particularmente presente en los estados del sur del país, donde las poblaciones indígenas y las parteras tradicionales tienen una mayor presencia.

La incertidumbre expresada por el personal de salud frente a los cambios profundos que está sufriendo el sistema sanitario público en México es también un rasgo de dicha precariedad. Las transiciones ocurridas a partir de 2019 incluyen la desaparición del Sistema de Protección Social a la Salud (Seguro Popular), la posterior creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para reemplazarlo y transferir al Instituto Mexicano de Seguridad Social-Bienestar (IMSS-Bienestar), la conducción y operación de los servicios de salud estatales en varias entidades del país. De esta manera, el IMSS-Bienestar, que hasta hace poco había prestado servicios en parte de las áreas rurales e indígenas del país, especialmente en los estados

del sureste, ahora gana una indudable hegemonía en el contexto de la apuesta política por la unificación y centralización de la prestación de servicios sanitarios.

Contexto del estudio y metodología

Se realizaron entrevistas a 257 parteras tradicionales indígenas⁶ en seis estados (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán), además de algunas mestizas y afromexicanas en la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca, involucrando a 21 regiones y 54 municipios, durante 2021 y 2022. La mayoría de las parteras fueron entrevistadas de manera individual pero también hubo algunas entrevistadas colectivamente, especialmente en Veracruz (véase el Cuadro 1 para su distribución territorial). Todas las parteras consintieron participar en el estudio de manera libre e informada.

Para su selección, se consideraron municipios que aparecían con altos números de partos atendidos por parteras en la base del Subsistema Nacional de Nacimientos (SINAC) en los seis estados para los años 2019-2021. También se consideraron 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 salud, en los casos de Yucatán y Veracruz. Las parteras entrevistadas en los seis estados procedían de 13 pueblos indígenas: *Ikoots*, Zapotecas, Tzotziles, Tzeltales, Tojolabales, Mayas, *Na Savi/Nu Savi*, *Ñomnda*, *Meph'a*, Nahuas, Totonacas, Chinantecas y Mazatecas.

En 2022, se entrevistó a 93 personas de los programas de Partería, Salud Materna o Salud Reproductiva, que trabajan en los Servicios de Salud en cada una de las seis entidades. La definición de a quiénes entrevistar dependió de las características de cada entidad, la apertura de las Secretarías estatales y la priorización de jurisdicciones con mayor número de partos atendidos por parteras indígenas.

Se presentó el proyecto y se solicitó el permiso a las autoridades de los respectivos servicios de salud en cada entidad federativa, logrando entrevistar en la gran mayoría de los casos a los directivos estatales y los responsables jurisdiccionales de dichos programas (Salud Reproductiva, Salud Materna y/o Partería), personal adscrito a algunos hospitales del primer nivel (hospitales básicos comunitarios) y del segundo nivel, así como a personal de centros de salud. En general, 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 a parteras vinculadas a sus áreas de cobertura, sin embargo se trata de un número limitado. En total, en cada estado se entrevistó el siguiente número de personas del sector salud (Cuadro 2).

⁶ Aún si la gran mayoría de las parteras son mujeres y la partería se considera generalmente un oficio femenino, se encontraron y entrevistaron también algunos parteros varones. En el texto se utiliza el femenino partera(s) como genérico, incluyendo también a los varones.

Cuadro 1. Distribución por municipios de parteras entrevistadas, años 2021 y 2022

Entidad Federativa	Cantidad de parteras entrevistadas	Región	Municipios
Chiapas	37	Los Altos	San Cristóbal de las Casas, Tenejapa, San Juan Chamula, Chalchihuitán y Oxchuc
		Frontera	Frontera Comalapa
		Selva	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
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
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
TOTAL	257		

Fuente: elaboración propia con base en datos del proyecto, 2021 y 2022.

Cuadro 2. Cantidad de personal de salud entrevistado, según entidad federativa y municipios de trabajo. Años 2021-2022

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

Fuente: elaboración propia basada en los datos del proyecto, 2021 y 2022.

Las entrevistas a personal de salud recogieron sus perspectivas en diversos campos temáticos, de los cuales son pertinentes aquí: a) las percepciones en cuanto a las ventajas y desventajas y aportes o limitaciones del trabajo que desempeñan las parteras en su área de cobertura; b) los principales problemas que como personal de salud están enfrentando en la atención materna y dentro del sistema institucional de salud; y c) las formas de articularse con las parteras, los principales problemas y las necesidades de las parteras.

Todos los guiones de entrevista para parteras y personal de salud fueron piloteados y ajustados. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti. Además, se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022, con el objetivo de devolverles la información sistematizada, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias. En las tres reuniones participaron entre 30 y 50 parteras de los diferentes estados, además de algunas de otras entidades federativas.

El oficio de la partera en las comunidades: condiciones de trabajo, condiciones de salud y vulnerabilidad estructural

Las condiciones de trabajo

Las parteras tradicionales indígenas realizan una labor fundamental para la salud de las mujeres, la niñez y otras personas, cumpliendo en muchos casos una función comunitaria como autoridades, servidoras y sanadoras ante situaciones de salud cotidianas. Su trabajo no se limita a la atención de las mujeres durante el parto; por el contrario, incluye otros momentos del proceso reproductivo como la gestación y el puerperio, pero también procesos de cuidado del ciclo vital, incluyendo a los recién nacidos e infantes; tratamientos para estimular la fertilidad, calentar o subir la matriz a fin de facilitar la gestación; consejería en salud física y emocional, incluyendo la escucha y recomendaciones en casos de violencias. Durante la pandemia su función se amplió de manera significativa pues no solo atendieron procesos reproductivos sino que fueron primera línea de atención en prevención y atención de casos leves y moderados de COVID-19, como lo documentamos en nuestra investigación (Sesia & Berrio, 2021).

La mayoría del personal y las autoridades de salud entrevistado reconoce esta función comunitaria de las parteras, manifestando un interés y hasta la necesidad de articularse con ellas:

Yo creo que son el pilar principal para el enlace entre la comunidad y el médico. Las parteras siguen siendo, hoy por hoy, [las] primeras en nuestras localidades que se enteran de que una paciente está embarazada, siguen siendo las primeras con quienes las pacientes acuden cuando necesitan algo, porque lamentablemente no siempre en las unidades médicas hay atención 24 horas, siguen siendo esa parte principal de enlace con nosotros. (PS46YUC)

Ellas nos ayudan muchísimo, muchísimo, muchísimo. Hay pacientes que luego a veces ya nació su bebé y en el puerperio no quieren ir a la revisión, entonces ellas igual nos apoyan para que esas pacientes acepten acudir nuevamente al centro de salud [...] pues a veces ya no quiere regresar al centro de salud, ya nada más quiere estar con la partera. Pero si la partera siente o identifica que a fuerza necesita ser valorada por el médico, va y nos avisa, o a veces la paciente no quiere ir, va la partera con el médico y nos dice “necesito que le hagamos una visita domiciliaria” y ya vamos con la partera y la partera ahora si nos ayuda, esa gestión para lograr entrar al domicilio, revisar a la paciente y retirarnos, pero si ellas son de grandísimo apoyo. (PS49VER)

No obstante este reconocimiento —y utilización— de su función comunitaria, es común que las condiciones de vida y de trabajo en las cuales las parteras realizan su

labor sean profundamente desfavorables. Debido a las condiciones rurales y el aislamiento de muchas comunidades indígenas, varias de ellas deben caminar grandes distancias y los caminos están accidentados, como en el caso de las parteras de Filomeno Mata, en Veracruz, o las parteras de la Montaña, en Guerrero.

En otras regiones, las complejas condiciones de inseguridad y violencia hacen más complicado o hasta imposible salir de noche a atender un trabajo de parto. En varias comunidades de Guerrero o del istmo de Tehuantepec, por ejemplo, las medidas comunitarias tomadas por las asambleas para hacer frente a la inseguridad y controlar la circulación de personas externas en sus territorios, incluyen la restricción de la movilidad a partir de las 21 o 22 horas. En Cancún y en Veracruz también se mencionaron esas restricciones de movilidad debido a la creciente presencia del crimen organizado. El incremento sostenido de los flujos migratorios hace que muchas parteras de la región fronteriza en Chiapas, enfrenten una creciente demanda por parte de las mujeres pero al mismo tiempo deban actuar en un contexto de profunda inseguridad, violencia y situaciones de terror cotidiano.

Estas situaciones no son exclusivas de las zonas rurales. Ciudades como San Cristóbal de las Casas en Chiapas, Juchitán o Pinotepa Nacional en Oaxaca; San Luis Acatlán, Tlapa, Chilapa o Chilpancingo en Guerrero; Zongolica en Veracruz o Cancún en Quintana Roo, experimentan de una manera muy evidente este contexto de violencia estructural y presencia de actores armados, que sin duda se han convertido en un elemento más que amenaza la partería tradicional y su posibilidad de ejercicio, especialmente en horario nocturno, que es donde usualmente ocurren los trabajos de parto. Ser partera es un oficio demandante que requiere dedicación, tiempo y mucha valentía.

Los desplazamientos para asistir a las mujeres se dan con sol o con lluvia, con transporte o sin vehículo, de día y sobre todo de noche. Los partos ocurren a cualquier hora y es común que sean ellas quienes deban desplazarse por sus propios medios hasta la casa de la gestante o acompañada solo de un familiar. Un elemento extra de precariedad en la cual realizan su trabajo es la poca remuneración que reciben por sus servicios, al mismo tiempo que muchas asumen los gastos adicionales al trasladar mujeres con complicaciones a los hospitales; gastos que en muchas ocasiones nunca son reembolsados. Así lo relatan una partera maya yucateca y una veracruzana:

E: ¿Hay apoyo cuando las tienes que trasladar de aquí?

—No, eso es por cuenta propia. Pues la verdad cuando me ha tocado pacientes que realmente no tienen pues, yo le tengo que pagar porque realmente no tienen cómo y no voy a dejar a la mujer ahí, la llevo por mi medio mi recurso, la tengo que trasladar [...] Aquí es caro el flete de noche te cobran 1.000 pesos a Valladolid. Llegas en el Hospital General. (102YUC).

E: ¿Y usted tiene que costear todos los gastos para ir a atender a las mujeres o le reembolsan esos gastos?

—Si algún día se presenta algún problema, por ejemplo, alguna complicación de trabajo de parto, pues yo tengo que llevarlas inmediatamente al hospital, a veces hay

unas que no quieren ir a regional, entonces, aunque sea particular, pero hay que llevarla, bajarla a un doctor y nosotras tenemos que hacer el gasto para trasladarla... (078VER)

Ellas invierten su tiempo en el seguimiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; en muchos casos, lo que reciben a cambio es muy poco: son contadas las parteras que cobran más de mil o dos mil pesos por sus servicios en la atención de un parto; muchas reportaron recibir cantidades menores. Algunas comentaron que a veces ni cobran, porque las familias no tienen con qué pagarles o terminan debiéndoles sin saldar nunca sus deudas. Así lo comentaron parteras de Guerrero:

Como tampoco cobro mucho, me dan lo que ellos pueden, o no me dan. Hace ratito me pasaron a dejar 200 (043GROQuetz).

Y: Dice ella que ha atendido mucho parto y que hay gente que no le da ni las gracias y ni les pagan. Dice que ella se va caminando desde las cuatro de la mañana para ir a atender a Llano Silleta o a Honduras, algunos sí, le dan \$200.00 [pesos] o \$350.00 es lo más que le dan, pero algunos ni las gracias le dan. (058GRO, grupo focal con intérprete)

Procesos de envejecimiento y condiciones precarias de salud

Las parteras tradicionales indígenas en general tienen una edad avanzada y han prestado sus servicios a la comunidad por muchos años, algunas incluso por más de cuatro décadas. En nuestra investigación la edad promedio fue de 59 años aunque esta edad sube significativamente en los estados de la península maya (Cuadro 3).

La elevada edad promedio de las parteras hace evidentes los procesos de envejecimiento y enfermedad que varias de ellas enfrentan, así como la vulnerabilidad en la cual atraviesan estas condiciones de salud, pues en general no tienen afiliación a la seguridad social y su único acceso gratuito es a unidades públicas de salud que generalmente son solo de primer nivel de atención y con una capacidad muy limitada

Cuadro 3. Cantidad de parteras entrevistadas y promedio de edad por entidad federativa, años 2021-2023.

	Chiapas	Guerrero	Oaxaca	Querétaro	Veracruz	Yucatán
Cantidad de parteras entrevistadas	37	31	47	9	95	38
Promedio de edad de las parteras entrevistadas (en años)	52	57	62	67	57	64

Fuente: elaboración propia, con datos del proyecto, 2021 y 2022.

de ofrecer servicios que respondan a sus necesidades. A la pregunta sobre sus condiciones de salud, destacó la presencia de afecciones y padecimientos de tipo crónico, especialmente diabetes e hipertensión arterial, lo cual coincide con el panorama nacional de salud y la presencia creciente de estas enfermedades crónicas en el país, incluyendo la población rural e indígena (ENSANUT, 2021)⁷.

Estos padecimientos se hicieron muy presentes en los testimonios de las parteras entrevistadas. Así lo expresaron Beatriz⁸, de 64 años, partera maya de Carrillo Puerto, Quintana Roo; Mariana, su coetánea, partera *nahuatl* de una localidad cerca de Orizaba, Veracruz; Bárbara de 53 años, partera amuzga de Cuajinicuilapa, Guerrero; Rita, partera maya de Yucatán, de 66 años; Griselda, partera tzeltal de Chilón, Chiapas, de 46 años; o Alma, partera zapoteca de Juchitán, Oaxaca, de 55 años:

Diabetes, lo tengo. De que perdí un hijo hace tres años me empezó la diabetes (069QROO).

Yo soy diabética, tiene como 18 años (079VER).

Aproximadamente [llevo con la diabetes] como unos 12 o 15 años (089GRO).

Soy diabética, e hipertensa (097YUC).

La hipertensión la tengo muy alta. Tengo que estar controlada siempre. Ahorita en la mañana por ejemplo me checan y en la noche tomo Losartán [medicamento para controlar la presión alta] para dormir (002OAX).

I: Dice ella que le hicieron las pruebas y que apareció que tiene diabetes, que tiene la azúcar alta, dice que le dieron unas pastillas y que ella lo toma cuando se siente mal (049CHI, entrevista con traductora).

En Veracruz, donde se hicieron varias entrevistas grupales, casi todas las parteras presentes reportaron padecer enfermedades, en su mayoría diabetes, a veces asociada con otros cuadros de comorbilidad:

Emilia: Yo tengo la diabetes, soy hipertensa y tengo la miastenia grado dos

Jovita: Yo soy diabética

Marta: Yo estoy enferma de asma bronquial

Amelia: Soy diabética

Gema: Yo sí soy diabética

E: Jovita ¿Usted está enferma?

Jovita: Pues estuve un poco, muy decaída que sentía mucho, mucho así como una flojera como una blandura en el cuerpo, me fui a hacer estudios... (107VERFocalChoapas)

⁷ La Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT-2021) muestra un crecimiento importante de la diabetes en México: 14,4% del total de población en 2006 a 15,8% en 2021. En números, eso significa que se pasó de 7,3 millones de personas con diabetes en 2006 a 13,4 millones en 2021. Respecto a la hipertensión, esta misma encuesta señala que 28,2% de la población mexicana tiene indicadores de tensión arterial por arriba de 130/80, considerado como lo normal. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-mexico>

⁸ Todos los nombres utilizados son pseudónimos.

Ella es diabética, ella [otra partera] tiene alta la presión, ella [una tercera partera] es diabética e hipertensa, en el caso de ella [una cuarta partera] que es diabética nada más y hace como un año y medio que le agarró el COVID. (114VERGrupal)

Estos breves extractos reflejan una situación que la gran mayoría de las parteras entrevistadas comparte. La diabetes es una realidad omnipresente en las localidades donde ellas residen, una enfermedad crónica que deja su huella progresivamente degenerativa en los cuerpos cansados de estas mujeres y que acecha en realidad a toda la población, hombres y mujeres, particularmente a partir de los cincuenta años, aun si la edad del diagnóstico inicial tiende a decrecer con el pasar del tiempo. No se trata de una situación privativa de las parteras sino de la población indígena-rural mexicana en general (OCDE, 2023), la cual se asocia a los cambios profundos en los patrones alimenticios, la disponibilidad y el consumo creciente de alimentos altamente procesados y de bebidas azucaradas y el creciente sedentarismo por el abandono progresivo de las actividades agropecuarias de antaño. Al igual que muchas otras mujeres, las parteras saben que lo dulce hace daño, pero es común que asocien más bien la aparición de la enfermedad a una vivencia emocional durante eventos difíciles de sus vidas.

Lo que distingue a las parteras es la tendencia a asociar directamente la diabetes, la hipertensión y otros males crónicos o hasta accidentales que las alcanzan, a su oficio de parteras. Hay muchas referencias al trabajo persistente, demandante y duro de atender a las mujeres durante sus embarazos, nacimientos y puerperios; trabajo que, con el tiempo, pasa inevitablemente factura. Además, varias parteras entrevistadas relacionan sus condiciones difíciles de trabajo con comorbilidades que están padeciendo o accidentes que han sufrido desempeñando su labor y que a veces se vuelven incapacitantes, de manera temporal, o en varios casos, definitiva.

Un claro ejemplo lo proporciona Romelia, 61 años, partera *totonaku*, la cual sufre de por sí diabetes y tiene la presión alta. Unos días antes de visitarla en su comunidad en 2022, se cayó de las escaleras empinadas en su localidad, cuando iba a visitar a una mujer recién parida y a su bebé, sufriendo múltiples fracturas en un pie. Así lo relata ella, con el apoyo de su hija que cumplió el papel de traductora cuando se le dificultaba expresarse en español:

E1: ¿Dónde se cayó?

—Allá arriba...

E1: ¿Como partera andaba trabajando y se cayó?

—Sí [...] Ya no he atendido [...] ¡Ya no! No pude caminar

I: Y eso que es diabética ella

E1: ¿Además de la diabetes, tiene algún otro padecimiento?

I: Este [...] presión, lo que es la presión alta.

E2: Este... ahorita después de que se cayó, ya no ha atendido partos ¿verdad?

—Ya no

I: Ahorita no, porque es muy pesada la bajada entons [sic] igual la subida. Pero no puede bajar. Antes sí, subía y bajaba [a ver las embarazadas], iba a lo que es la

colonia de allá Eleodora Davila, el Crucero y Cerro Grande [...] Caminando o a veces en carro. (086VER)

Ana, partera maya yucateca, de 78 años, la cual reportó haber traído al mundo más de 1.000 niños en su comunidad, acababa de sufrir una embolia justo cuando estaba sobando a una de las muchas mujeres embarazadas que todos los días la buscan:

*E: Usted me dice que ahora le acaba de dar una embolia hace 15 [días]. Que estaba sobando una mujer, es lo que dicen sus hijas ¿Y qué sintió? En su cuerpo, ¿qué sintió?
—No tengo fuerza. No tengo fuerza. Ya me cansé, hay días que sobo siete, diez mujeres [...]. Voy a lavar después del parto, pañal del bebé, siete días les voy a estar lavando.
E: Y entonces, ¿por tanto trabajo ya se enfermó?
—Así dice A. [el médico de la Brigada]. Cuando voy a sobar, [sobo] 15 [mujeres], y sí, sobo siete [...]. Si de antes sobaba a 15, ahora solamente siete [...]. Hay días que yo no descanso, ninguna hora [...]. Pues para atender a tantas mujeres, lavarles la hama-ca, lavarles la ropa, eso es bien pesado. (105YUC)*

Rosa, partera chinanteca de Oaxaca, de 81 años, con más de cincuenta de ser partera, ahora ya no atiende fuera de su localidad. Su nuera nos explicó que ella tuvo un accidente durante sus labores en el cual perdió su capacidad de audición:

*I: Ella andaba por las comunidades antes, dice. Ella andaba [...] si ella se siente [sentía] bien, ahora no oye bien, por eso no va [...]. Cuando fue a ver a la señora embarazada, ella viene, regresó a las once, pasó como pasamos el río ¿no? Ella pasó en balsa, dice, y la señora se volteó, dice, hasta el río se metió a ella. Por eso se tapó su oído, dice, [se] llenó de agua.
E: ¿Llevaba a una mujer a Tuxtepec?
I: No, [fue] cuando ella regresó que fue a visitar a su paciente. Ya tiene años desde que pasó eso.
E: ¿Y desde entonces ya quedó así?
I: Mjm [afirmación]. (023OAX)*

Otras dejaron de atender partos de manera temporal, definitiva, o están a punto de hacerlo. Algunas dejaron de sobar, a consecuencia de las enfermedades que padecen o han padecido. Así lo expresan Regina de Quintana Roo, Rita de Yucatán y Gina de Guerrero:

Veinte 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 que 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)

Y así y así, bajé mucho de peso, llegué a pesar creo que 46 kilos, quedé así, flaquita [...] Y de mi diabetes, pues ellas [las hijas] cada rato me regañan, “Mamá, no debes comer eso, mamá, mamá, ¿ya comiste? Toda diabética debe comer 5 veces al día.” [...] Tons [sic], yo digo, también, doy gracias a Dios, creo que por eso estoy un poquito bien, me siento un poquito fuerte, ahorita me estoy recuperando del dengue. Estuve acostada mes y medio, ya no puedo ir a dar masajes y todas las clientes hablan y ellas [mi hija y mi nieta] son las que se dedicaron a sobar. (098YUC)

E: Así que, ¿fue perdiendo fuerza, se fue usted enfermando y ya dejó de atender? Sí me enfermé, venían [las mujeres] que por favor [...] Pero no yo ya no me comprometí, “venga” me decían, “por favor nada más a cortar el ombligo”. Pero no, ya estando ahí una, se complica, se compromete, no de una vida, sino de dos vidas. (065GRO)

Además de la diabetes y la hipertensión, hay parteras que refirieron padecer de otras enfermedades, como el ácido úrico, el colesterol alto, problemas de la vista, enfermedades infecciosas o por vectores, problemas lumbares, enfermedades renales y hasta tumores. Por ejemplo, Benilde, partera veracruzana de 67 años de la región nahua, comentó que tiene inflamaciones en los riñones por tanto trabajar en el campo:

¡Ay! iyo sí! Padezco de los riñones. Pero pos hice unos estudios, pero no he tenido dinerito para ver qué es lo que tengo. Tengo los estudios en casa.

E: ¿Pero qué le han dicho hasta ahorita que tiene? Que tengo inflamación en los riñones por tanto trabajar el campo. Sí, así es. (082VER)

Algunas que dejaron de atender o están a punto de hacerlo, relacionan precisamente su decisión con el estrés y/o el cansancio generado por su trabajo:

Te desvelas, necesitas estar saludable a que no te agote, ¿Por qué? Porque tienes que darle fuerza a esas mujeres o un niño que viene, que se nos atore, no lo podemos sacar sino a puro masaje [...] Ya ahora me tocó todavía partear a las que nacieron conmigo, las hijas de las que se aliviaban... Ahí iba doña Eva. Vino una ahorita apenas que dice que, que yo la vi de su hija y vino a verme para que yo parteara a su hija. ¡Ay mi madre! ¡Yo ya no puedo! ¡Ay Dios! Yo ya no [...] como me enfermé de los nervios, me dijo el doctor que ya no trabajara. Yo, yo también, yo dije: “Verdad, doctor que ¿ya no puedo trabajar?”, “¿como usted se sienta doña Eva!”. Pero, yo ya tenía miedo ver parto porque al cortar ombligo, no fuera yo a cortar mal. (091OAX)

84 años y 46 de partera, ya es una vida grande, en parte les digo yo que ya quiero renunciar, me canso. (115VERGrupal2)

“Ora sí que nos botaron como trapo viejo”: La falta de seguridad social y de acceso efectivo a la salud para las parteras

Es así como se acaba la fuerza y el cansancio se apodera de ellas hasta que muchas, ya grandes, enfermas y agotadas, dejan el oficio. Frente a estos padecimientos, la mayoría crónico-degenerativos con los cuales conviven y otros, de rápido deterioro, fue inevitable preguntar cuáles son las opciones que tienen para atenderse, controlarse o, por lo menos, contener el daño (Nichter, 2006). De manera parecida a la gran mayoría de los habitantes de estas localidades, las parteras tienen un acceso muy limitado —por no decir, inexistente— a servicios de salud que ofrezcan una atención de calidad, sean cercanos y gratuitos (sobre todo para obtener los medicamentos que necesitan para controlar las enfermedades crónico-degenerativas) e incluyan servicios especializados. El acceso gratuito a especialidades ha además disminuido con la cancelación en México del esquema de financiamiento del Seguro Popular, en 2019. Al igual que Benilde, muchas parteras no pueden costear estudios de corte diagnóstico o tratamientos. En las farmacias, los medicamentos son caros y en las enfermedades crónico-degenerativas deben tomarse de por vida.

Por otra parte, el acceso a la seguridad social es mínimo. Al preguntarles si estaban afiliadas al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) —las dos instancias de seguridad social más importantes en México donde por lo menos, en teoría, las consultas son gratuitas y los fármacos deberían de estar disponibles sin costo alguno— la gran mayoría contestó que no. Por ello, cuando se enferman, sus opciones se restringen. Lorenza y Tania, de Veracruz y Gisela, de Chiapas, nos reportaron que se van a la clínica local, aún si el personal médico no siempre está y las medicinas escasean:

E: *¿usted tiene seguridad social IMSS o ISSSTE?*

—*No, no recibo nada de eso.*

E: *¿y cuando se llega enfermar a dónde va?*

—*Cuando me llego enfermar a veces me da calentura, algún dolor, pero compro mi inyección y me inyecto o voy a la farmacia o si no, voy a clínica y ahí me dan algunas pastillas o inyecciones...* (100VER)

E: *¿ella va a la clínica o donde se atiende?*

L/I: *ella dice que [solo] aquí en la clínica cuando llega el doctor.* (049CHI, entrevista con traductora)

E: *¿Cuando se enferman a dónde van a atenderse?*

Intérprete: *Ella [la partera] lleva control aquí. No tienen el seguro, no tienen nada de eso. Sí, aquí [en el hospital básico comunitario] las atienden.* (110VERFocal)

Varias parteras se atienden paralelamente con medicina casera en sus hogares; algunas se curan o se mantienen estables con tés, licuados o aguas de tiempo con plantas medicinales, igualmente acuden a estos recursos locales y la dieta para controlar el nivel de azúcar:

—Tiene diabetes, le dan unas pastillas para controlar la diabetes, lo que hace ella es que no toma sus pastillas, lo que hace es que busca sábila, le saca la pulpa y lo licúa y eso se lo toma. (041GRO)

E: ¿Y se atiende constantemente? [Ode la diabetes] [...] ¿Toma medicamentos?

—No. A veces, si tomo tecito, pero no tomo amargo, tomo chaya ese no es amargo. Eso tomo, casi no tomo lo amargo. (079VER)

E: ¿Cuándo usted se enferma a dónde va?

—Yo solita me curo [...] cuando me llevan al doctor y me dan medicina me siento borracha y no me gusta. (072QROO)

E1: ¿Y con eso se ha estabilizado en el azúcar?

—Sí, con medicina tradicional yo hago mi propia medicina, porque yo curo hasta piedras. Yo tengo hasta mi vitamina. (117YUC)

Cuando lo pueden costear recurren a la medicina privada, a veces con grandes esfuerzos propios y/o de sus familiares ya que las consultas, los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas son muy caras; además, hay gastos de transporte y en muchos casos es complicado salir de las localidades, por lo que se tienen que activar las redes familiares de apoyo. Se reitera, entre las que acuden a la medicina privada, que las parteras o sus familiares no tienen acceso a la seguridad social:

—Yo voy a médico particular porque nadie tiene seguro que [...] de mis hijas. (090GRO)

E: ¿Y ahorita en dónde se está atendiendo su piecito [pie fracturado]?

I: Ella este [...] ahorita, como mis tíos se cooperaron para llevarla este... hospital particular.

E: Entonces en esos casos, ¿sus hijos se cooperan para poder llevarla al hospital, al particular? ¿Y cómo, cuánto se gasta allá en el hospital particular?

—26 mil [pesos] la cirugía

I: Pero [...] cada que va, como dos mil, tres mil [pesos] ...¡Ajá! entre la comida y el pasaje. (086VER)

E: Pero, ¿dónde la están atendiendo?

—Con el doctor A. Sí, es un hospital privado.

E: ¿Cuánto les cobra por la atención?

A1: Bueno, ahorita en terapia, la terapia son trescientos pesos. Dos veces por semana, y hay que pagar el taxi de ida y de venida. 500 [pesos].

E: Mil pesos a la semana ¿Tiene seguridad social?

—No. (105YUC)

De las pocas parteras registradas en el programa IMSS-Bienestar que logramos entrevistar, la mayoría reportó que se atiende en las unidades médicas rurales (UMR) de ese programa, lo cual se interpreta como si fuera una forma de Seguridad Social, aún si, en realidad, los servicios de especialidad que el programa ofrece son extremadamente limitados:

—Soy diabética
 E: *¿Usted tiene alguna enfermedad?*
 —Diabética
 E: *¿Y usted, y usted?*
 —Presión alta. Diabética también
 E: *Ustedes, ¿tienen algún tipo de seguridad social?*
 —Sí, acá [se refiere a la UMR local]
 E: *O sea, por ejemplo, ¿tienen IMSS, ISSSTE? O cómo le hacen cuando se enferman?*
 —Venimos acá [a la UMR]. Cuando no nos pueden curar acá nos mandan a Izamal [donde se ubica el hospital rural del IMSS-Bienestar]. (119YUCFocalIMSS-Bienestar)

Las entrevistadas que mencionan que tenían seguro antes, se refieren al Seguro Popular. Añaden que *“ese programa ya no existe”*. Una intérprete en un grupo focal nos tradujo sus palabras: *“dicen que antes tenían el Seguro Popular, pero ahora ya no tienen ni eso”* (114VERGrupal).

No saben con exactitud qué pasó con el Seguro Popular y ahora se preguntan qué hacer cuando requieren consultas con especialistas, lo cual consideran necesario para accidentes y traumas, problemas de la vista, complicaciones de la diabetes, del cáncer, de la embolia u otras enfermedades crónico-degenerativas. Ante la falta de seguridad social, con un acceso muy limitado a clínicas locales, la mayoría sin poder enfrentar gastos fuertes en la medicina privada y frente a la perspectiva de caer enferma o empeorar, Antonia, partera tzeltal de los Altos de Chiapas, de 63 años y con 44 años de ser partera, respondió *“nada”* a nuestra pregunta *“¿Usted tiene algún tipo de seguro?”*. A la siguiente pregunta: *“¿Qué pasaría si usted se enferma?”*, de manera lapidaria nos contestó: *“Pues me morí, me morí.”* (026CHI).

Esta es una situación que las parteras comparten con otras personas de sus localidades, donde el factor común es la vejez y la falta de cobertura real en la atención médica, sobre todo ante enfermedades graves crónico-degenerativas, diagnosticadas tardíamente y ante las cuales los costos en la atención privada son prohibitivos. La única gran diferencia entre las parteras y el resto de las personas en sus comunidades es que ellas llevan muchos años estando oficialmente registradas e interactuando con el personal de salud que trabaja en el sistema institucional público, en un maridaje de larga duración, pero en el cual no se les reconoce su contribución, rol o adquisición de derechos, justo cuando más necesidad tienen.

Jazmín, partera tzotzil de los Altos de Chiapas, de 45 años al momento de la entrevista y con 25 años de ser partera, nos compartió su situación y su sentir con respecto a la falta de acceso a la seguridad social y la precariedad que ella percibe en los servicios disponibles de la Secretaría de Salud para personas como ellas:

No tengo seguro. En mi ex trabajo tenía seguro, pero eso ya pasó. Ahorita no tengo seguro. Me voy al público, pero con la bendición de Dios no he [tenido que] llega[r]. No se sabe en qué momento, nadie es libre [...] lo ideal como parteras, como estamos registradas en la Secretaría de Salud, debemos tener una seguridad de atención. Eso debe de ser, pero no. No tenemos eso. (027CHI)

Sus palabras manifiestan de manera explícita el trato injusto e inequitativo que reciben como parteras y un reclamo implícito de que, por ser parteras registradas —a lo que añadiríamos, por proveer un servicio en salud en sus comunidades que además es gratuito para el sistema institucional de salud, por haber tenido ellas una larga historia de interacción con la biomedicina y haber servido y apoyado a las instituciones de salud donde están registradas— ellas *tendrían* que tener acceso a la seguridad social; pero no lo tienen. Magdalena, partera sobadora de Yucatán de 46 años, construye un argumento parecido, al enfatizar que “*ni por ser parteras*” tienen seguridad social y que, en el ámbito de la atención para ellas, “*no tenemos institución*”:

E: *¿Tienes seguridad social?*

—No, nada. No pertenecemos.

E: *¿No pertenecen?*

—No, ni por ser parteras. No tenemos.

E: *¿Y tienen algún trato en particular o en especial con el centro de salud si se enferman? ¿Si se enferman pueden venir y van a tener trato preferencial?*

—No... Nada, no tenemos institución. No, ninguna institución nos avala. (096YUC)

Mireya, partera de 58 años de la región de Tuxtepec, Oaxaca, va un paso más, atestiguando abiertamente su inconformidad con respecto a la falta de apoyo por parte de la Secretaría de Salud en casos de enfermedad y ante la pandemia:

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

Las palabras anteriores expresan mucha molestia. La metáfora de que las parteras sean utilizadas y después *botadas como trapo viejo* nos da la idea del sentido de abandono que varias parteras sienten; abandono justamente en la etapa de la vida donde enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad. Aquí no hay resignación, prevalecen más bien el reclamo y el enojo.

En resumen, si pensamos que la gran mayoría de los padecimientos se inscribe en las categorías de cronicidades, es evidente que en estos procesos de deterioro de la salud las parteras no reciben el apoyo o cuidado que se merecerían después de los años de trabajo y servicio a la comunidad y a la institución de salud. En varios estados identificamos parteras que fallecieron por complicaciones con la diabetes, las cuales enfrentaron antes largos peregrinajes en busca de atención en las mismas instituciones donde por años estuvieron llevando mujeres gestantes a ser atendidas.

También resultó evidente que esta falta de protección —por no decir franco abandono— no solo compete a las instituciones de salud federales y estatales. Algunas parteras o familiares refirieron que, pese a la gran cantidad de niños y niñas que han recibido y al servicio que han rendido a sus comunidades, durante su

vez no siempre la gente se acuerda de sus aportes, por lo que la petición de recibir apoyos y cuidados se dirige también a autoridades de este nivel local de gobierno:

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

Para las parteras de edad avanzada, el desamparo es muy real cuando dejan de trabajar. Hay muchas de ellas que no tienen otros ingresos. Esporádicamente soban a alguien, pero una vez alcanzada una cierta edad donde el cuerpo ya no da, dejan de percibir ingresos de su trabajo, no tienen seguridad social, no tienen jubilación alguna. Es por eso que muchas demandan al sistema institucional público de salud una retribución económica por el trabajo que han realizado a lo largo de sus vidas. Las sostiene la conciencia de que han dado un servicio a las mujeres de sus comunidades descargando de responsabilidad y trabajo al sistema público de salud, sin que al sistema le costara, después de años de estar registradas, tener credenciales, reportar sus atenciones, llenar papeles y asistir a capacitaciones:

Quiere más apoyo, quiere que le den apoyo económico. (042GRO)
Venía una antes todavía, tiene dos tres años [que me dieron apoyo]. ¡No me da nada, ahora! [...] ¡Aunque sea un poco [de] aguinaldo! Porque estamos trabajando, porque damos papel por allá [entregan su información a la jurisdicción], aunque sea un poco por allá. Viene aguinaldo, así viene, Pero ahora, de ahí no, porque dice [la encargada de la jurisdicción] que no da el gobierno. (OAXSMM)
Ellas [las parteras en la comunidad], al igual que nosotras en Casa Materna, no tienen ningún sueldo. Nosotros sacamos nuestros pasajes. Ya vimos para una beca, pero no nos la dieron. Vimos que nos apoyaran, pero no. De nuestras fuerzas sacamos todo, no hay ayuda. Supimos nosotras que hay un apoyo para las parteras, pero nos pusieron muchas trabas. (028CHI)

Esta demanda se vuelve más apremiante con las parteras mayores que sus familiares no puedan apoyar o que ya no tengan familias y se hayan quedado solas. Algunas de ellas abiertamente reconocen la profunda injusticia de haber servido, haber creado vida, haber apoyado a las mujeres y al sistema institucional de salud durante tantos años, pero sin que esto se reconozca y se trasmute en un apoyo directo justo en la etapa de mayor vulnerabilidad en sus vidas:

Yo digo que el gobierno debe enfocarse en todo el apoyo hacia las parteras porque es la que está viendo la vida, la vida del bebé y la vida de una mamá. (107VER)

[Debería recibir algún] estímulo [...] Pues yo me imagino que sí, que sí, porque si nos mantienen informadas con el gobierno, yo pienso que el gobierno también debe de poner o sea, algo de su [parte]. (037OAX)

Por eso sí, pues luego me pienso, luego, pos como soy solita... Ya mi esposo ya falleció. Luego me pienso porque el gobierno no nos da un apoyo, por qué no nos busca, por qué no se da cuenta, somos sus trabajadoras, nos ha de buscar, nos ha de dar algo. (082VER)

Esta demanda encuentra eco entre algunos de los profesionales de la salud que colaboran de cerca con las parteras, los cuales son conscientes de sus necesidades, sobre todo en lo que refiere a recibir una retribución digna a cambio de su trabajo. Sin embargo, estos mismos profesionales expresaron su impotencia al no poder responder favorablemente a estas peticiones porque no tienen financiamiento:

Bueno, por un lado [...] una de las principales demandas es que se les remunere, porque eso pasa en el IMSS, pero en la Secretaría no. Ese es el principal inconveniente porque son cerca de 4000 parteras [en Chiapas] pues darles un recurso a ellas no alcanzaría, esa es la principal inconformidad que ellas manifiestan principalmente. (PSs/nCHI)

Lo que han manifestado en más de alguna ocasión, que se les gestione un recurso, que si bien es cierto ellas hacen un cobro por los partos atendidos, es un cobro muy bajo, en su mayoría y, algunas veces ni les pagan. Y que bueno, atienden partos sin menoscabo de un peso del erario público. Y yo estoy de acuerdo con ellas; sin embargo, ya lo he propuesto en más de una ocasión, no ha pegado [...] Pero, que ellas quisieran, pues ese estímulo y yo estoy de acuerdo, pero no, no se ha logrado, no se ha logrado nada. (PS17VER)

En resumen, se identificaron las difíciles condiciones en las cuales las parteras realizan su labor, el cansancio acumulado en los años de ejercicio; las enfermedades que padecen, y la falta de protección laboral, económica y médica que experimentan. Se trata de condiciones que no siempre son reconocidas, cuando su oficio en realidad no les genera un ingreso digno para poder cuidar de sí mismas. Es por ello que entre las demandas principales de las parteras, aparecieron el reconocimiento económico por su labor y el acceso a condiciones reales de atención en salud y la afiliación a la seguridad social.

En el siguiente apartado, miraremos la reconfiguración del sistema institucional de salud en el país, su creciente precariedad y cómo ésta termina afectando negativamente a las parteras y al desempeño de su labor.

La reconfiguración del sistema de salud en México

El sistema público de salud en México ha enfrentado múltiples transformaciones, sobre todo a partir de las décadas de 1980 y 1990 y hasta la fecha, las cuales han impactado en las capacidades de las administraciones públicas de salud, a nivel estatal o federal, de atender la salud materna; y han configurado el contexto complejo en el que el personal de salud opera hoy en día.

En México, el sistema se ha caracterizado históricamente por la segmentación y fragmentación del sector público, además de sufrir crónicamente de subfinanciación (OCDE, 2016). La segmentación deriva de subsistemas separados en el financiamiento, la organización y la reglamentación interna, y la provisión de servicios, dependiendo de la capacidad de pago y el estatus laboral de los y las distintas usuarias. Lo anterior implica que coexisten de manera desarticulada varias instituciones públicas de derechohabencia (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.) con la Secretaría de Salud federal, desde los años ochenta-noventa los servicios de salud estatales y, desde 1979, el programa IMSS-Bienestar. Estos últimos proveen la atención para la población no derechohabiente, la cual históricamente se ha referido a los segmentos más pobres y ha recibido un financiamiento per cápita mucho más limitado, además de la presencia de los servicios privados de salud. La fragmentación refiere a la falta de coordinación, referencia o contrarreferencia entre niveles de atención y a una oferta de servicios de salud que no están integrados, un problema particularmente pronunciado, aún si no exclusivo, en los servicios de salud para población no derechohabiente. La segmentación y la fragmentación han profundizado las desigualdades, ya de por sí preexistentes y persistentes, en el acceso a los servicios de salud, la calidad de estos y el gasto de bolsillo de los y las usuarias. Además, el sector salud está subfinanciado. Desde hace décadas, México gasta menos del 6% del PIB en salud, del cual menos del 50% es financiamiento público (Menéndez, 2005; OCDE, 2021).

En la década de 1980 se implementaron políticas draconianas de ajuste estructural promovidas por los organismos financieros multilaterales que mermaron aún más el financiamiento en salud, incluyendo el de las instituciones de la seguridad social. En esa misma década, se inició el proceso de transferencia de responsabilidades, funciones y financiamiento a los gobiernos de los estados con la descentralización del sistema público de salud (con la excepción de la seguridad social que se mantuvo bajo la responsabilidad directa federal), proceso que culminó una década después con los Servicios Estatales de Salud (SESA) y que ha favorecido la profundización de las desigualdades en el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios entre entidades federativas y un aumento desmedido de la corrupción. En esa misma época, se adoptó una política de promoción de la *atención primaria selectiva en salud* para la población abierta, centrada en la alimentación-nutrición, la planificación familiar, la vacunación infantil, la atención y control de las enfermedades infecciosas sobre todo entre la niñez y el acceso a servicios de primer nivel de atención.

En el nuevo milenio se mantuvieron estas políticas pero se financió de manera importante la expansión de la red de servicios sobre todo de hospitales públicos de los SESA y se implementó a partir de 2003 y 2004 el Seguro Popular, un esquema

de financiamiento federal para ampliar la cobertura en la atención médica curativa para la población sin seguridad social. Esquema que siguió funcionando y recibió un discreto porcentaje de financiamiento hasta el inicio del sexenio actual, cuando el Seguro Popular se canceló con la creación del Instituto del Bienestar (INSABI), una nueva política de recentralización federal de los servicios bajo la aspiración de crear un sistema único de salud. Finalmente, el proceso aspiracional de esta administración federal tuvo que enfrentar la crisis provocada por la pandemia por Covid-19 y la necesidad de invertir un presupuesto de por sí mermado por las políticas de austeridad hacia la compra de vacunas para asegurar su disponibilidad universal. Al acercarse al final del sexenio, el Ejecutivo federal tomó la decisión de eliminar el INSABI y transferir sus funciones al IMSS-Bienestar para que este organismo garantice la recentralización de los servicios y los pasos necesarios para la creación del sistema único de salud en los estados.

Sin embargo, y más allá de las aspiraciones y la retórica, nos encontramos frente a una situación donde más de 15 millones de personas han perdido cobertura gratuita a servicios (parciales) de salud (CONEVAL, 2022, p. 42), con porcentajes particularmente altos de pérdida de cobertura en Chiapas, Oaxaca y Guerrero (p. 43). La mayoría de los SESA están crónicamente subfinanciados, padecen graves carencias en recursos materiales y humanos agravadas por la pandemia, han sido desangrados por la corrupción desenfrenada en muchas administraciones estatales, y el personal de salud vive una situación de incertidumbre y hasta de zozobra por falta de claridad acerca de la nueva configuración del sistema de salud, el lugar y las funciones de los SESA en esa nueva configuración, y su propia situación laboral. Mientras tanto, las instituciones federales de la Seguridad Social han visto mermada su capacidad real de cobertura y calidad de servicios a consecuencia de años de subfinanciamiento y recortes de presupuesto y no están exentas de graves actos de corrupción, además de caracterizarse por una visión centralista, corporativa, autoritaria y poco transparente. En esta reingeniería, el mismo IMSS-Bienestar —que es la institución que más ha prohibido a las parteras tradicionales indígenas atender partos (Sesia & Berrio, 2023a y 2023b)— recibe el manejo directo de las unidades hospitalarias y centros de salud estatales en casi todas las entidades federales (DOF, 2022a y 2022b).

Aún con diferencias importantes entre estado y estado, lo anterior marca el contexto en el que opera el personal de salud de los SESA en las seis entidades federativas donde se realizó el diagnóstico. En Oaxaca, Guerrero y Yucatán, el personal de salud mencionó la falta de claridad en el proceso de reestructuración y las implicaciones en su trabajo cotidiano o en sus condiciones laborales:

Pues lamentablemente, oficialmente no tenemos mucha información. Sabemos lo que se circula por las redes o los medios de comunicación, pero oficialmente que nos hayan dicho “lo vamos a incorporar”, pues no. Es lo esperado. Sabemos que, en algún momento dado, nos vamos a incorporar a este sistema de salud pero ¿cuándo? lo desconocemos. No sabemos si se vaya a ir durante este gobierno o el gobierno que sigue, como tal nosotros no sabríamos cómo vamos a quedar en área administrativa, no sabemos si nos vamos a incorporar a IMSS Bienestar o al INSABI, no sabemos todavía. (PS46YUC)

Estamos a la deriva, no tenemos realmente una ruta, no tenemos bien los procesos hacia qué vamos encaminados, más sin embargo estamos haciendo nuestro trabajo, estamos trabajando con lo que tenemos, con lo que hay, con lo que hemos gestionado... Nosotros no estamos dejando de hacer las cosas. Hay cambios a nivel institucional, hay cambios dentro del hospital, hay cambios dentro de la Secretaría de Salud, nosotros trabajaremos con quien esté, pero sí que nos apoye y que también esté entregado a favor de las mujeres. (PS56GRO)

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

De hecho ahorita estamos dando la atención como es, o sea, realmente no hemos visto proceso de transición, se habla de un proceso de transición, pero nosotros seguimos con los servicios de salud [de Oaxaca]. (PS57OAX)

Los testimonios de aparente tranquilidad y espera de indicaciones, expresados sobre todo por el personal directivo, contrastan con la sensación de incertidumbre que al mismo tiempo observamos en los equipos de salud y en los ajustes que sobre la marcha se están haciendo para responder a los múltiples desafíos de lo cotidiano. Frente a esta incertidumbre, las respuestas de varios fue seguir implementando sus programas y esperar las noticias respecto a la reestructuración.

La reducción presupuestal y el financiamiento para partería

El principal problema que el personal de salud reportó es el de los recortes financieros y de personal, los cuales afectan de manera significativa el trabajo, en tanto no hay garantías de un lugar desde el cual operar, o de poderlo hacer con el personal que se necesita o el medicamento requerido para la atención. Entre la pandemia y los recortes presupuestales, la situación se ha vuelto particularmente difícil en los SESA, donde los despidos acompañan a situaciones de grandes carencias en insumos, equipamiento o medicamentos en las unidades de salud. El caso de Oaxaca es particularmente dramático:

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

pues a lo mejor le tocó pedir permiso, entonces no hay [...] Entonces [...] si segundo nivel estuviera realmente cubierto no tendríamos ese problema... (PS60OAX)

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

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

La reducción en el presupuesto para el programa de salud materna ha afectado particularmente al programa de partería el cual, en estas circunstancias, al parecer se vuelve prescindible:

El recurso que yo tengo para el programa de salud materna del estado son 1 millón 300 mil pesos de forma anual, entonces ese recurso básicamente lo utilizo para compra de insumo de papelería y para la impresión de formatos que se utilizan a primer nivel o segundo nivel [...] ese dinero no alcanzaría para fortalecer el trabajo de las parteras. (PS32CHI)

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

Es recurso federal que se asigna [...] a través del Programa de Salud Materna y Perinatal y, hasta la administración federal anterior, [...] cuando era Seguro Popular

disponía de una remuneración creo de mil pesos mensuales para las parteras empíricas. Hoy ese recurso desapareció. (PS20YUC)

Finalmente, las parteras constituyen el eslabón más débil de la cadena de atención de la salud materna: no son integrantes del sistema institucional de salud, este no tiene obligaciones formales claras con ellas de apoyarlas en su trabajo, no perciben un sueldo, ni tienen derechos laborales. Por lo tanto, dentro de un contexto institucional de gran precariedad y carencias, sus necesidades son las primeras a sacrificarse: son “*invitadas*”, como se expresó en Chiapas, pero invitadas a las que no se les ofrece nada: “*Entonces básicamente estas parteras que hay son ‘invitadas’ y si hubiera pago, ese dinero no alcanzaría para fortalecer el trabajo de las parteras*” (PS32CHI).

En el siguiente apartado, veremos algunos aspectos de la articulación con el sistema institucional de salud que, en lugar de ofrecer la protección y el apoyo que muchas parteras consideran se merecen, terminan vulnerabilizando aún más su labor.

La partería tradicional y el problema de su relación con el sector salud

Las parteras tradicionales tienen una relación compleja y difícil con el sector salud, la cual consiste en una problemática histórica.⁹ Este último apartado se enfoca en una faceta de esta problemática, en el contexto pandémico y pospandémico: la falta de apoyos para el ejercicio de su labor ante la pandemia y los recortes de presupuesto que aquejan los Servicios de Salud Estatales (SESA) y, en particular, el programa de partería. Esta situación no se puede generalizar a todo el personal de salud, ni a todas las jurisdicciones, tampoco necesariamente a cada una de las entidades federativas ya que hay diferencias y especificidades. Tampoco remite necesariamente a estrategias intencionadas por parte de autoridades y personal en el interior del sistema institucional de salud. Sin embargo, en la práctica termina relegando la

⁹ Aun si un recuento detallado de las características de esta vinculación trasciende los objetivos de este capítulo recordemos que, desde finales del siglo XIX, las parteras sufrieron descalificación por parte del gremio médico, el cual estaba tratando de establecer su hegemonía en la obstetricia, en un momento en que la gran mayoría de las mujeres mexicanas se atendían con parteras (Carrillo, 1999). Fue hasta las décadas de 1970 y 1980 que la partería inició a perder terreno frente a la atención obstétrica biomédica en los estados que se caracteriza(ba)n por tener una presencia indígena importante. Mientras que en los años noventa, la política fue capacitarlas para mejorar los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido y reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, para el nuevo milenio se desechó esa estrategia y se impulsó la atención del nacimiento por parte de personal calificado, sin que hubiese evidencia de que la estrategia de capacitación de la partería hubiese fracasado en su objetivo de reducir la mortalidad materna o neonatal (Sesia & Berrio, 2024; Sibley *et al.*, 2012). A partir del año 2000 en México se promovió el parto hospitalario, como la solución para la reducción de la muerte materna. El esquema de financiamiento del Seguro Popular (2003-2019) hizo que la atención obstétrica en el sistema público de salud fuera gratuita. El resultado de estas políticas fue que, para 2015, el porcentaje de partos atendido en el sistema institucional de salud, sobre todo hospitales, alcanzó el 96%, aun si en Chiapas las parteras tradicionales indígenas siguen atendiendo porcentajes importantes de los partos.

partería tradicional aún más a los márgenes, restándole importancia, invisibilizando y menospreciando sus aportes, posicionándola en el eslabón más bajo de las prioridades en salud materna y volviéndola *prescindible*; al mismo tiempo que la subordina ideológica y prácticamente con un efecto generalizado de orillar sus saberes y prácticas y vulnerar ulteriormente su ejercicio en los entornos comunitarios.

La mayoría de las parteras entrevistadas reportó la necesidad de contar con el apoyo por parte del personal de salud con el cual interactúa en múltiples ámbitos. En lo que sigue, nos referimos a dos de los principales: los insumos y el equipo que necesitan para atender a las mujeres embarazadas o parturientas; y las capacitaciones como un espacio de regulación, obligatoriedad y generación de gastos para ellas, pero también, y de manera algo contradictoria, como espacios de intercambio, vínculo, aprendizaje y entrega de insumos, generalmente apreciados por ellas. Los dos rubros remiten a aspectos prioritarios y esenciales en su trabajo como parteras y en ambos, las parteras reportaron enfrentar dificultades en la entrega de los apoyos que necesitan, aun cuando se trata de aspectos cruciales de la atención materna y perinatal a nivel comunitario y, por tanto, es una responsabilidad del sistema institucional de salud garantizar su disponibilidad para una atención oportuna de las mujeres por parte de las parteras registradas.

La falta de apoyo con los insumos para su labor

Las parteras mencionaron la necesidad de contar de manera permanente con insumos y equipo para poder atender a las mujeres en sus comunidades; apoyos que en algunas ocasiones les han otorgado en los centros de salud o en las jurisdicciones sanitarias, pero de manera esporádica e insuficiente. Por lo anterior, en muchos casos, ellas mismas han tenido que costear estos materiales, como nos recuerdan Alma, *nahua* de Guerrero, América, *ikoots* de Oaxaca, Ana y Marta; mayas de Yucatán, y un grupo de nueve parteras totonacas de Veracruz:

No, no. Nunca me dan, porque inclusive yo utilizo gasa, utilizo guantes, utilizo algodón y me podrán dar, dotar [...] Ahorita ya llevo como dos meses o tres meses que me fui al centro de salud que me llamaron pues, pero no, no me dieron nada. (043GRO)

Ah, pues yo digo que falta... material, material de partera, ya tiene años que sí me dieron pinza, tijera, perilla pero [...] yo la compro a veces, yo. Me dieron ligadura para amarrar, pero yo también compro mi algodón más fuerte para amarrar la ligadura, algodón [...] lo que falta para trabajar es la tijera, pinza. (OaxSMM)

E: ¿Y los materiales que usted utiliza?

—Los compramos de mi propia bolsa, los que nos dan cuando bajo a los cursos, solo los cordoncitos umbilicales son los únicos que nos dan. Perilla, guantes, todo eso nosotros lo compramos. (109YUC)

Magdalena, otra partera maya de Yucatán, menciona que los materiales son caros y el hecho de no poder costearlos porque el sistema institucional de salud no los provee en cantidades suficientes, es motivo para que algunas parteras hayan dejado de atender partos:

Pero, igual muchas dicen que no atienden, son parteras, pero no atienden partos... Bueno, no atienden partos. Punto número uno [...] sí, no tienen dinero para comprar el equipo de parto [...] Bueno, son muchas cosas que se requiere un equipo para atender parto. Sí, cierto el centro de salud nos da, pero lo básico, lo básico, pero no lo necesario. Entonces, todo eso tiene que correr por tu cuenta. (096YUC)

Sí pero que me disculpe también, no hay guantes, yo no tengo guantes, no tengo tijera, no tengo alcohol, no tengo de nada. Ese es el problema, como no tenemos el equipo también, nos dijeron en Yaxcabá que nos van a mandar [...] Hasta ahorita, no [no nos han mandado]. (119YUCcolectiva)

En algunos casos, parteras reportaron haber comprado con sus propios recursos no solo los insumos, sino también los aparatos que necesitan. Se trata de un gasto oneroso de bolsillo, que no todas pueden permitirse, aun cuando muchas consideran que estos equipos son importantes para dar la atención:

Y hoy en día ya compré, ese es estetoscopio, baumanómetro, termómetro, pinzas, todo el paquete compré [...] Sí, todo de mi bolsillo, no me han dado material... Lo que tengo es mío, todo eso gracias a dios lo he comprado, y una cosa muy importante que les voy a comentar no me gusta cobrarles [a las mujeres], lo que tengas pues eso dámelo, pero si no tienes, pues déjalo así... (101VER)

A mí me gustó ser partera, me registré ahora ya me conocen, sí, nada más que no tenemos dinero y yo quisiera comprarme algo así, digo así me gustaría checarles de la presión, pero no me puedo comprar nada. Hay un aparatito para que lo siente así en el corazón, yo quiero escuchar que sí están bien, luego no tengo dinero no puedo comprar nada. A mí me gustaría tener aparatitos, aunque sea chiquitos, pero no puedo [...] Nada más [me dieron] perilla, tijera, pincitas, guantes. (079VER)

Por ejemplo, en cuanto a la presión, necesito el bauma, para tomar temperatura el termómetro, que uno lo puede comprar, pero a veces ya ve [...] debe tener uno lo más importante para checar a la madre como viene, checar la temperatura, viene con presión alta, presión baja. Todo eso. (043GRO)

Algunas parteras se han percatado que las mayores carencias en el abasto de insumos se dan en los centros de salud, los cuales representan el primer eslabón en su articulación con el sistema institucional de salud, ya que se encuentran en sus localidades o en otras cercanas. En algunos casos, mencionaron que los insumos han sido más bien otorgados por la jurisdicción sanitaria, cuando han debido trasladarse ahí, para una capacitación:

—A veces, nos apoyan con algunos materiales

E: Como ¿qué material les dan?

—Nos dan el líquido se me olvida como se llama para desinfectar las pinzas y todo, como jabón, los guantes nos dan... A veces, [nos dan] cada dos meses, cada mes. Casi también [el personal del centro de salud] dicen que no les mandan. (085VER)

Pues acá en el centro de salud, nunca. Sí, no nos dan. Donde nos dieron aquí, es aquí de Valladolid... de la jurisdicción sanitaria. Sí, aquí sí, me dieron materiales. Cada caja de guantes tiene 100 guantes, eso es una ayuda para mí, porque de antes, todo comprado [...] Y de los guantes, yo los compro [...] Pero esta vez sí nos dieron una caja. La verdad, nos dieron un litro de alcohol, una caja de guantes, unas ligaduras, una perilla y cositas más, sí. Pero sí nos apoyaron bastante. Cuando me capacité nos dieron guantes, nos dieron eso de la, de los gorritos, pero ahora ya no nos dan gorritos, no nos dan. No más, no nos dan nada [...] Ya no nos dan nada [en el centro de salud], no más que fuimos aquí de Valladolid nos entregaron una caja de guantes y unas ligaduras umbilicales, y disque una perillita y gel bacterial. (118YUC)

En los testimonios sale a relucir la profundización de la precariedad, en el sentido de que el sistema institucional de salud ha reducido, al parecer, los apoyos que otorga a las parteras registradas con respecto a hace algunos años, antes de la pandemia y antes de la transformación inconclusa del sistema público de salud en México:

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

...pero sí en apoyo de material, antes nos daban cordón umbilical para amarrar el cordón, alcohol, nos daban guantes pero ahorita ya nada, nada, nada. Que dijeron que cubrebocas pero al contrario, se deslindaron de las parteras. (102YUC)

La pandemia de Covid-19 representó un momento de crisis profunda para el personal de salud y las parteras, no solo en las ciudades, sino también en las zonas rurales. La pandemia evidenció el rol que las parteras juegan como recurso de atención permanente en las comunidades. La búsqueda de atención con parteras tradicionales se incrementó en varias regiones rurales del país, por el temor de las mujeres a acudir a unidades de salud ante la posibilidad de un mayor riesgo de contagio. Datos

publicados por el INEGI (2021), enseñan que, en Chiapas¹⁰, de todos los nacimientos registrados en 2020, más del 47% habían sido atendidos por parteras. De acuerdo con la base del Subsistema de Información sobre Nacimientos, en regiones de Oaxaca, Guerrero y Veracruz se ha observado también un aumento de la atención por parteras en tiempos de pandemia (Secretaría de Salud, 2020)¹¹.

La falta de materiales y equipo de protección afectó a toda la estructura del sistema institucional de salud a nivel nacional, pero parece más pronunciada en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz y ha sido mucho más evidente en las zonas rurales e indígenas. Prácticamente todas las parteras manifestaron que, durante la pandemia, ellas debieron comprar sus propios materiales de protección, porque en los centros de salud no tenían o no se los otorgaron o porque otros centros se volvieron inoperantes por falta de personal. En algunos casos, les dieron una dotación de guantes, cubrebocas o gel, pero en una sola ocasión; en otras, ellas hicieron cubrebocas de tela:

E: *¿Usted compra o compraba o le daban los instrumentos para protegerse del Covid para ejercer como partero?*

—Sí, nosotros los comprábamos. (085VER)

E: *¿Ha recibido equipo de protección...?*

Y: *No. Nada más esa vez que vino el gobernador nos trajo dos caretas, gel. Pero el traje que ellos deberían de usar, no. No nos lo dieron.*

E: *¿Qué necesitaría usted?*

Y: *Pues sí. Lo primordial que serían los cubrebocas, caretas pues ahí tengo, lo que sería la ropa esa apropiada (creo que es pantalón y como tipo camisa) [...] Guantes, sí.* (036CHI)

I: *Les dieron cubrebocas [...] Na'mas una vez [...] Si, lo tenían que comprar.* (086VER)

EI: *¿Usted compra con su propio dinero el material?*

—Sí, sí, y muchos [...] *todo este año de la pandemia, pues puro comprado hacía yo esto. Yo compro guantes, gasas, todo es, la cubrebocas, el bacterial para que yo vaya a trabajar.* (118YUC)

He tomado por televisión o yo misma me hago la idea de qué debemos de hacer, de los cuidados, por televisión

E: *¿Sus materiales, también usted misma los compra?*

—*¡Exactamente! Todo, todo por mi cuenta, todo por mi cuenta.* (037OAX)

Esta situación fue confirmada por el personal de salud que trabaja con parteras en todas las entidades federativas, como se puede constatar de los siguientes testimonios, los cuales transmiten en ocasiones un sentimiento de ineluctabilidad y, a

¹⁰ Chiapas es la entidad federativa donde más parteras tradicionales hay (CNEGSR, 2020) y donde se atienden más partos por parteras (Secretaría de Salud, 2020, 2021; INEGI, 2021).

¹¹ Estamos conscientes del subregistro existente en las bases de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos, debido a que en muchas ocasiones no se registra que el parto fue atendido por una partera y se coloca el nombre del personal de salud que elabora el certificado. Esta invisibilización de su trabajo es una de las demandas que las parteras han planteado de manera reiterada.

veces, impotencia, al mismo tiempo que confirmaron que esta problemática incluye a los centros de salud del primer nivel y es añeja, aún si ha empeorado visiblemente en los últimos tiempos:

No les han dado material a las parteras. Esa es una de las cosas que [...] se perdió en el tiempo y aparte de eso pues no he visto yo en este año al menos que les hayan dado lo indispensable. Les dábamos consumibles [...] y ahí nos llegaban cintas umbilicales, jeringas, gotas de plata para evitar el problema de la infección de los niños, nos llegaban gasas, pinzas, las tijeras, en general llegaba material para la partera. En este año yo no he visto nada y por lo que me platican los compañeros que tienen más tiempo, pues tiene mucho tiempo que no les dan nada [...] antes el atractivo era que llegaban a la reunión para el centro de salud, si tenían ocho llegaban las ocho y te daban información [...] que se genera y les dábamos material, en una bolsita le ponías a cada quien y a veces les dábamos un desayuno sencillo porque personas de la unidad [de salud] siempre se ha preocupado. (PS39VER)

También debemos de ser, pues como concientes de que la Secretaría no tiene ahorita en estos momentos, materiales de apoyo [...] sí, sí, no hay. (PS17VER)

Pues algo muy importante [es] el reconocimiento y no nada más a nivel el reconocimiento a nivel de salud sino el reconocimiento del apoyo, un rubro etiquetado para sus insumos que ellas manejan. Porque muchos de esos insumos ellas los pagan y muchos los solicitan a la paciente. (PS53OAX)

Sí, más que nada porque [las parteras] perciben u manifiestan que no hay una remuneración económica o un incentivo ya sea en especie, insumos [...] En estos últimos años no se les ha otorgado insumos, que no es recíproco el trabajo. (PSs/nCHI)

Una partera maya de Yucatán que pertenece a una organización de parteras y a la Agenda por la Defensa de la Partería¹², de manera muy elocuente y clara, identificó las contradicciones y ambigüedades de la relación que el personal y las instituciones de salud establecen con ellas y expresó su inconformidad y sentido de injusticia ante el trato recibido por el sistema institucional de salud en ocasión de la pandemia. El sentimiento elaborado por ella es de que el sistema las utiliza, sin darles nada a cambio, aun en situaciones de crisis y cuando se trataría de defender vidas de un personal comunitario que resuelve localmente la atención materna, inclusive en un momento en que las unidades de salud no lograban cumplir con su cometido:

—¿Y esas mujeres que estuvieron viendo durante la pandemia, cómo le hicieron ustedes?

¹² La Agenda por la Defensa de la Partería es una red que aglutina a parteras y organizaciones de parteras en México, por la defensa de la partería tradicional. Incluye también algunas personas de instituciones académicas. La Agenda surgió en 2021 y se ha convertido en un importante espacio de diálogo, articulación e incidencia entre parteras. Más información disponible en: <https://www.facebook.com/siconpartera/>

Pues nosotras compramos lo que necesitamos, compramos cubrebocas, guantes, lentes o en su caso careta que usamos, nosotras lo compramos. Ahí sí, nada, nada. Con decirle, sí me enojé y hasta ahorita no hemos tenido una reunión o una plática o un curso de parteras con ellos para que yo se los diga; porque ahorita nos hablan porque sí para la fotito, para que lleguen y ahí estamos con las parteras pero para el Covid ¿cómo es que no nos hablaron? y dijeron ¿sabes qué? Aquí les entregamos cubrebocas, caretas, guantes para que no se contagien. ¿Quién se preocupó por nosotras? Ahora sí se preocupan porque la productividad que les damos con las embarazadas [...] Se los voy a decir, no solo que nos tomen la foto con parteras y luego, solo cuando nos necesiten... (102YUC)

La capacitación y su transformación a raíz de la pandemia y de los recortes presupuestales

Un segundo ámbito de articulación que mencionaron las parteras son las capacitaciones. Estas son el espacio privilegiado de articulación con el personal de salud, además de constituir un mecanismo de registro y un vehículo importante de transmisión de conocimientos biomédicos lo cual, aún si tiende a ser apreciado por la mayoría de las parteras, contribuye a la expansión de la mirada medicalizada alrededor del embarazo, el parto y el puerperio, a la penetración del enfoque de riesgo y al potencial y progresivo desplazamiento de los saberes propios.

Las capacitaciones son un mecanismo eficaz para supervisar y tener registro del accionar de las parteras por parte del sistema de salud. Generalmente (aún si hay notorias excepciones), es también el espacio donde se produce y reafirma una relación de hegemonía y subordinación entre personal de salud y parteras y no solo con la expansión ideológica y concreta de la mirada y la práctica biomédica en los conocimientos transmitidos por el personal, los cuales se centran generalmente en reconocer signos de alarma y complicaciones. También se establecen relaciones que, algunas bien intencionadas, otras menos, tienden a asumir una actitud entre la protección y el paternalismo, donde las parteras no son concebidas como sujeto de derechos, sino como personas que hay que cuidar, proteger y, por ende, tutelar. En algunos casos, se declara que son sujetos a controlarse: “[Las tratamos] *con mucho apapacho... Como lo que queremos, es tenerlas cautivas*” (PS19VER).

Las capacitaciones son prácticamente obligatorias, ya que para seguir registradas en los SESA de las entidades federativas, las parteras necesitan asistir. Muchas identifican la obligatoriedad de las capacitaciones, el estar registradas y el recibir credenciales como una forma de validar su oficio, obtener el permiso oficial de ejercerlo y el respaldo institucional en caso de necesitarlo. Por ejemplo, a una pregunta de si sabía si tenía derecho a atender partos, una partera de Oaxaca contestó: “*Sí, porque como ya fuimos capacitadas ¿No?*” (019OAX).

Varias de ellas, por otro lado, expresaron una apreciación genuina hacia estos espacios que ofrecen socialización, vínculo, identidad gremial, reconocimiento e intercambio de saberes con otras parteras y con el personal de salud que las imparte¹³:

...nos da[n] capacitaciones, porque [en] las capacitaciones aprendemos muchas cosas buenas, porque a veces un parto no sale, [...] al tener las prácticas y las clases de diferentes médicos pues aprendemos muchas cosas. (088YUC)

Sí, la verdad a mí me gusta mucho la capacitación... Nos gusta más ir a capacitarnos en hospitales, por ejemplo, nos daban unos días para capacitarnos porque ahí sí no como que más ponemos atención, nos vamos directamente a una capacitación que más nos llama la atención o aprendemos más cosas porque con las otras compañeras de diferentes lugares ahí nos reunimos, llevamos nuestros conocimientos y nos trasparamos. A veces ellos utilizan otras cosas que yo no lo sabía, cuentan cómo atienden los partos que yo no sabía, de ahí aprendemos muchas cosas. (078VER)

Con la pandemia, y en algunos casos desde antes, estos espacios han desaparecido o han disminuido drásticamente. Hay parteras que lo resienten, algunas con nostalgia, otras con sentido de haber perdido algo importante:

Desde que comenzó la pandemia nos suspendieron las juntas, ya va para tres años que no nos juntamos como antes, era un salón lleno, éramos 80 parteras. (071QROO)

No tuvimos [capacitaciones durante la pandemia], apenas las retomamos. Aquí en nuestra comunidad cuando hubo muchos enfermos, tampoco tuvimos capacitaciones. (100VER)

Anteriormente, hace dos o tres años cuando entré, que ya no había recursos pero la enfermera que nos trae dijo [en ese entonces] “yo sí voy a pelear que bajen recursos para las parteras y este para pagar a dónde van a estar, pagar la comida, porque vienen muchos parteros de los ranchos.” Ahora, ni eso. (006OAX)

Pues, mucha relación [con la clínica], no. Porque solo es cuando nos invitan cada mes a los cursos, a los talleres. Pero, con esta pandemia, ni eso tenemos, ese derecho de ir a los talleres ahorita. (026CHI)

La cancelación de la capacitación durante la pandemia, se dio precisamente en un momento en que muchas parteras aumentaron notablemente su atención de partos en las comunidades, ante el colapso de centros de salud y la conversión de hospitales a hospitales Covid, asunto que fue reconocido por el personal de salud, sobre todo en el caso de Chiapas:

¹³ Para una descripción y análisis de la capacitación como el espacio más importante de articulación y reproducción del saber biomédico con el sistema institucional de salud, véase Sesia & Berrio (2021, 2022 y 2023).

Durante el pico de la pandemia muchas unidades de salud estuvieron cerradas, y el personal reconoce que fueron las parteras quienes atendieron a las mujeres embarazadas. Pero si un análisis de [los partos que se registraron en] 2020 o 2021, las parteras, un 80% de las actividades de atención de parto la realizan las parteras. Nos aumentaron por la pandemia, y si estuvieron muy activas. (PS31CHI)

Personal de salud de Oaxaca y Quintana Roo, que trabaja cercanamente con las parteras, reportó que la ausencia de capacitaciones generó molestia y un sentido de abandono entre las parteras:

También en este momento las parteras también están un poquito como molestas, porque como la última vez que se les capacitó fue en 2018, 2019. No, 2019 fue antes de la pandemia que capacitamos. Y de ahí para acá las hemos soltado, no hemos tenido este... cursos con ellas, y ellas no lo entienden mucho. Pero este... pues si se tienen que retomar las capacitaciones, porque se sienten ellas como que ah, pues "ya me olvidaron, yo tampoco entrego información, ya tampoco hago esto". Están un poco rebeldes. (PS60OAX)

Son situaciones que también urgen a la hora de analizar la situación de la partería tradicional. Porque, pues, vemos que, si de por sí se encuentran en situaciones vulnerables, no tener esta vinculación claro que las expone a ellas, expone al mismo personal de la salud, a la misma institución, expone a todos. Fue muy complicado porque nosotros veníamos de haber logrado una calidad superior a la que teníamos antes en las capacitaciones, y de pronto en la pandemia tienes adultas mayores ¿Cómo las vas a convocar? Pues por supuesto que no. Pues, que no sientan eso como un abandono, pues de entrada fue una preocupación que también me hacía cuestionarme como persona y profesional de salud. Como persona, ¿qué más puedo hacer? Para que no estén incomunicadas o solas. (PS13QROO)

Se relaciona la cancelación de las capacitaciones con la pandemia y con no querer exponer a las parteras —personas ya grandes y frágiles de salud— a un mayor riesgo de contagio. Pero además, se reconoce que esta situación se profundizó a raíz de los recortes drásticos al presupuesto federal, lo cual ha dificultado reestablecer los cursos en la pospandemia:

En 2018 se realiz[aron] entre nueve y doce sesiones a parteras tradicionales en el estado, una por jurisdicción con recurso federal. Esto quiere decir que se contaba con un dinero para hospedaje, para rentar el salón, para la comida. En 2020 se redujo con el inicio de la pandemia. (PS13QROO)

Pues a nivel del Estado lo que nos falta son recursos económicos para impulsar el programa, ese es el problema más grande, y como sabemos pues, si no hay recursos económicos no nos podemos mover. Los recursos que vienen parte de AFASPE pues vienen muy etiquetados, no son muy flexibles para nosotros y entonces podemos decir que no hay recursos. (PS07OAX)

Con los recortes de presupuesto, se reportó que se interrumpió el flujo, de por sí anémico, de insumos que las parteras recibían y que se manejaban como incentivo para que ellas asistieran a los cursos, por lo que ahora, los servicios de salud no tienen nada que ofrecerles a cambio:

Algunas no se acercan a nosotros, Secretaría de Salud, ¿por qué? Porque nosotros no tenemos un apoyo económico como tal, o sea, lo que hacen ellas es gratuito se podría decir ¿no? A lo mejor si tienen una atención de parto o algo, ellas [...] pues sí cobran, pero ya es independiente a la Secretaría de Salud, nosotros no les decimos “tienes que cobrar tanto”, pero tampoco les damos ningún apoyo, ni nada. (PS49VER)

Ellas no están apáticas o ajenas o que “ya no quiero saber nada”, sí están interesadas, pero la principal limitante es el recurso y cómo sacarlas de sus localidades, luego qué ofrecerles, luego no les brindamos prácticamente nada. Por eso le digo, que estamos prácticamente en el proceso de divorcio: ellas trabajando con lo que pueden hacer en sus localidades y nosotros tratando de volverlas a conquistar, pero no ofreciéndoles nada. (PS46YUC)

No acuden porque no hay un recurso económico, “una paga”, dicen ellas, porque para ellas ese es un día perdido. Entonces, requieren la paga de ese día, requieren el traslado, requieren la alimentación y si van es porque se les va a dar algo [...] Estuvimos dando maletines y con lo básico para que ellas pudieran atender y les ofertamos darles gasas, guantes y estarlas capacitando [...] Entonces, sí también, estar trabajando contra eso es bastante difícil. (PS48GRO)

En algunos casos, la falta de presupuesto se ha traducido también en que donde sí se ha logrado retomar la capacitación, los servicios de salud han dejado de pagar los traslados de las parteras para asistir. Este es un problema que reportaron parteras de Veracruz, aun si —a diferencia de lo que se mencionó por parte de personal de salud que, sin “incentivos” las parteras no asisten— en estos casos ellas sienten que la obligatoriedad de asistir persiste, ya que consideran que la capacitación es indispensable para que el personal de salud les permita seguir ejerciendo la partería:

—ni para pasaje.

—Nos tienen que prestar dinero; nosotros tenemos que buscar.

—Si no, nos regaña nuestra enfermera.

—¡Ah sí! Si no viene uno, sí.

E: Si no vienen a estas capacitaciones, ¿las regañan?

Todas: Sí, sí.

—Que nos demos de baja mejor, dicen.

—Sí, que nos dan de baja.

—De Pueblo Viejo estamos lejíto y tenemos que pagar quien nos lleve porque no hay carro.

E: ¿No hay ningún apoyo para traerlas?

—*Todo está lejos. Los motociclistas nos llevan, nos... [cobran] \$200, y tenemos que sacarlo de la bolsa.*

Varias: *Sí.*

E: *¿Y por qué las [parteras] que no están adscritas, por qué no quieren venir a las capacitaciones y ser parte de la Jurisdicción o del Centro de Salud?*

—*Yo digo que por lo mismo, que no nos apoyan, por eso que no quieren venir.*

—*Porque quizás pienso yo también así, porque tenemos que sacar pues de la bolsa meramente pa'l pasaje y todo pues como está lejos...nuestro pasaje, nuestra comida, nuestro refresco.*

E: *Entonces ¿les implica más gasto moverse?*

Varias: *¡Claro! ¡Sí!*

—*Tenemos que venir, pero vamos a conseguir nuestro pasaje y si no, pues no.*
(107VERColectiva)

En resumen, los SESA estatales no reconocen a las parteras como integrantes del sistema de salud, ni les ofrece un sueldo a cambio de sus servicios comunitarios en salud materna. Al mismo tiempo, ejerce un control, más o menos efectivo, sobre ellas, el cual, en la práctica, les condiciona la posibilidad de ejercer su oficio a que estén registradas, reporten su productividad y asistan a las capacitaciones, las cuales, a su vez, se dan bajo condiciones que se establecen desde el sistema de salud y de acuerdo a una capacidad presupuestal cada vez más constreñida que termina por eliminar esos pocos “incentivos” (insumos, maletines, comidas y traslados) que anteriormente se ofrecían a las parteras. Se trata, entonces, de un intercambio profundamente asimétrico y desventajoso para las parteras, cuyos incentivos o beneficios han ido además disminuyendo en estos años. Aún si se encontraron una gran variedad de situaciones y percepciones muy diversas con respecto a las parteras y a la articulación ideal que se tendría que tener con ellas entre el personal de salud entrevistado, las siguientes palabras que nos compartieron en Guerrero son muy reveladoras de la existencia de un imaginario hegemónico donde la capacitación —en lugar de ser un mecanismo obligatorio de interrelación bajo reglas establecidas unilateralmente por el sistema de salud— se vuelve de por sí el *beneficio* que la institución aporta a las parteras. Y a ellas se les perfila como desagradecidas, aprovechadas y mal acostumbradas porque no lo aprecian como tal y, en lugar, exigen algo a cambio:

La Secretaría de Salud no las reconoce como su personal porque no les está dando un pago, entonces no puede extenderles una credencial como tal y las becas tampoco se [dan]. De que te voy a estar apoyando y te voy a estar apoyando, no. Sí sé [de] algunos municipios que en algunas capacitaciones las apoyan dándoles un... un incentivo. Sí, nada más... A veces llegamos a hacer convenios con los presidentes y dicen “Bueno, pues les voy a dar para su traslado o voy a andar un carro por todas, así voy a hacer recorrido y las voy a bajar” o les llegan a dar despensas, “Sí vas voy a dar una despensa”. Pero, bueno, también reciben un beneficio porque las capacitamos, pero a la vez las seguimos mal acostumbrando... porque es “y ya la vez [pasada] ya me dieron

aunque sea una despesa y ahora que más, que más” [...] Y no quieren trabajar, si no es que les tengamos que dar algo. (PS48GRO)

Conclusiones

En este capítulo mostramos cómo las parteras son sujeto de profundas vulnerabilidades estructurales que las han colocado en un lugar de clara subordinación respecto al modelo biomédico, las cuales se han ido tejiendo a lo largo del tiempo, pero se han agudizado en el contexto pandémico. En particular, nos enfocamos inicialmente hacia los procesos de envejecimiento, enfermedad, falta de acceso a seguridad social o a servicios de salud que enfrentan las parteras, muchas de ellas de edades avanzadas y con enfermedades crónicas que comprometen su salud, su vida cotidiana e implican un importante gasto de bolsillo para ellas y sus familiares. Hay una asociación entre el desgaste producido por su propio trabajo como parteras y las afecciones que sufren en la etapa adulta, las cuales se agudizan por los contextos geográficos de difícil acceso en los cuales muchas de ellas habitan y ejercen su oficio.

En ese sentido, recuperamos el llamado de Ayres *et al* (2018) a comprender el modo en que se concretan en la vida cotidiana las imbricaciones entre la edad, el género, la etnicidad y su propia experiencia de vida con más de dos o tres décadas ejerciendo el oficio de la partería sin contar con condiciones básicas de seguridad social, laboral y sin una adecuada remuneración por su trabajo. Ello nos permite comprender sus condiciones específicas de desigualdad y sus efectos en la salud física.

Por otra parte, enseñamos cómo a estos elementos que afectan a sus condiciones de salud, bienestar y dignidad, se suman otros vinculados a la dimensión institucional de los servicios sanitarios, los cuales actúan como profundizadores de su vulnerabilidad. Las parteras no reciben un reconocimiento efectivo por su trabajo, lo cual se suma a las trabas para su ejercicio (Sesia & Berrio, 2021; 2023a, 2023b). No tienen acceso a la seguridad social y a los servicios de salud, no reciben insumos para el desarrollo de su labor y enfrentan la reducción presupuestal para salud materna, que ha implicado dejar de producir espacios de encuentro y capacitación entre parteras. Si bien dichos espacios reproducen lógicas de seguimiento, registro y control de las parteras por parte del sector salud, e igualmente son centrales en la transmisión del discurso biomédico, para las parteras implican una posibilidad de encuentro, intercambio y creación de comunidad afectiva con otras parteras; una necesidad aún mayor en el contexto pospandémico. Esa sensación de aislamiento y de abandono, de “*ser botadas como trapo viejo*” es parte de esta construcción de vulnerabilidad.

Describimos las transformaciones estructurales del sector salud durante el periodo de la pandemia y en pospandemia como un proceso que aún no finaliza pero que ha generado mucha incertidumbre entre el personal. Esas transformaciones son parte de la precariedad que atraviesa al personal de salud, frente a las situaciones de despido, ausencia de claridad sobre recontractación, nuevas condiciones laborales,

insuficiencia de insumos de todo tipo en los servicios, y contrataciones temporales, por mencionar solo algunos aspectos.

El texto evidencia algunos aspectos cruciales de la articulación que el personal y el sistema institucional de salud establecen con las parteras, los cuales, en lugar de responder a las demandas y necesidades de las parteras y ofrecer condiciones que reduzcan su vulnerabilidad implican: a) reducir a lo mínimo o hasta anular las contribuciones que tradicionalmente se les hacía por parte del sistema de salud, a raíz de la crisis institucional; y b) contribuir a profundizar las condiciones de vulnerabilidad estructural en las que se ejerce actualmente la partería comunitaria. Lo anterior ocurre sin que el personal de salud —en sus actividades o en sus estrategias discursivas en el ámbito de la salud materna y la partería— renuncie necesariamente a ejercer sus funciones de control y regulación hacia las parteras a las que ha estado acostumbrado y que la mayoría suscribe.

Sin perder la mirada crítica que varias parteras ejercieron hacia las capacitaciones, resultó evidente la necesidad de tener esos espacios de encuentro e intercambio entre ellas. Más allá de los conocimientos adquiridos o proporcionados por el personal, las capacitaciones son una posibilidad de encuentro, diálogo, aprendizaje mutuo, distracción, socialización, construcción de sentido de pertenencia y red, además de dar una sensación de vinculación y respaldo por parte del sector.

Por otro lado, el personal de salud reconoce la situación de precariedad y los que tienen una relación más cercana con las parteras están muy conscientes de sus efectos negativos hacia el ejercicio de la partería comunitaria. Más allá de las intenciones o acciones del propio personal de salud, la precariedad y la crisis actual del sistema institucional de salud termina por alimentar la vulnerabilidad en que opera la partería tradicional estableciendo de facto lo que nombramos una *jerarquía de lo prescindible*, donde la partería es colocada en el último eslabón de las prioridades y en el primero de lo que se prescinde, lo cual termina por poner aún a mayor riesgo su pervivencia.

Finalmente, la identificación de carencias que enunciaron tanto las parteras como el personal de salud entrevistados alude a dos fenómenos simultáneos imbricados entre sí: a) la *precariedad estructural* que está experimentando el sistema de salud de los SESA, durante la pandemia y pospandemia y en la transición a un sistema único de salud; y b) la falta de prioridad que tiene la partería tradicional indígena (y por ende, las mujeres que ellas atienden localmente) dentro de ese contexto de precariedad. En particular, en la distribución de los limitados recursos disponibles por parte del sistema institucional de salud.

Esta actitud —que rebasa al personal de salud y atañe al sistema en su conjunto— se puede considerar una forma ulterior de desacreditar la importancia e invisibilizar los aportes de la partería tradicional indígena en la salud materna y de vulnerar a las parteras en el desempeño de su labor comunitaria. Finalmente, termina agravando la reproducción de la desigualdad en el acceso a la atención en salud materna para las mujeres indígenas. Una reproducción que no solo responde a una mala planeación técnica en la distribución y el apoyo a los recursos en salud en el territorio, sino también al racismo y clasismo que se imbrican, se producen y se profundizan en el

sistema institucional de salud de las entidades federativas, por lo que hay espacios de atención que son menos importantes, menos visibles y, por ende, más prescindibles que otros.

La pandemia por Covid-19, por otra parte, nos alertó sobre la fragilidad de plantear un modelo de atención donde la partería no tenga lugar o sea objeto de hostigamiento y falta de apoyo, ante un sistema institucional de salud precario, especialmente en el primer nivel de atención, con hospitales lejanos, sobresaturados, carentes y con una capacidad reducida de atención, debido a la reconversión de muchos de ellos a hospitales Covid. En ese sentido creemos necesario reflexionar críticamente sobre la urgencia de lograr un viraje en las políticas y programas en salud materna y en las estrategias institucionales hacia las parteras por parte del sector salud. Si hay algo que la pandemia tendría que habernos enseñado es la necesidad imprescindible de apoyar y promover —y no seguir vulnerando— una diversidad de saberes, estrategias y recursos comunitarios en salud materna, entre los cuales la partería tradicional indígena es central.

Referencias bibliográficas

- Ayres, J. R; Paiva, V., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. M. (2018). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. TeseoPress.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Berrio, L. (2019). La partería tradicional en México: un campo en disputa. Respuestas colectivas de mujeres indígenas. En: Conde Rodríguez, Elsa y Román, Sofía (Comp.) *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural*. CNDH México. Disponible en https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Publicaciones/Otros_Documentos.
- Botteri, E. & Bochar Pizarro, J. E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México), *Alteridades* 29(57), 125-135.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México, *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19, 167-190.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2020). *Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19*. México: Secretaría de Salud (SSA). Disponible en http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) (2020). *Los pueblos indígenas de América Latina - Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial*. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/47). CEPAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2022). *Informe de la pobreza multidimensional en México, 2020. Metodología actualizada 2018-2020*. Coneval. Disponible en https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documentos/Informe_de_pobreza_2020.pdf.

- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2022a). Acuerdo por el que se emite el “Programa Estratégico de Salud para el Bienestar”. DOF: 07/09/2022. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2022b). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). DOF: 25/10/2022. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0.
- Dixon, L. Z., El Kotni, M. & Miranda, V. (2018). A Tale of Three Midwives: Inconsistent Policies and the Marginalization of Midwifery in Mexico. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 24(2), 351-369. <https://doi.org/10.1111/jlca.12384>.
- El-Kotni, M. & Ramírez-Pérez, A. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas, *LiminaR*, 15(2), 96-109.
- Fagetti, A. & Martínez, C. M. (2020). Hacia la desaparición de los saberes ancestrales y políticas de salud intercultural. Parteras nahuas y totonacas de la Sierra Norte de Puebla. En: Pérez Ramírez, Salvador (Ed.) *Enfermedades y prácticas curativas en la medicina tradicional*. Colegio de Michoacán.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)* (Vol. 283). Ediciones Akal.
- Harris, K. & Scully, B. (2015). A Hidden Counter-Movement? Precarity, Politics, and Social Protection before and beyond the Neoliberal Era, *Theory and Society*, 44(5), 415-444.
- INEGI (23 de septiembre de 2021). *Características de los nacimientos registrados en México durante 2020* [Comunicado de prensa núm. 535/21]. México: INEGI. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-mexico>.
- Jiménez, S., Pelcastre, B. & Figueroa, J. G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 161-168.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Touchton, M., McDonald, T., Blofield M., Avila Burgos, L., Gómez-Dantés, O., Kuri, P., Martínez-Valle, A., Méndez-Carniado, O., Nargund, R. S., Porteny, T., Sosa-Rubí, S. G., Serván-Mori, E., Symes, M., Vargas Enciso, V. & Frenk, J. (2023). Setbacks in the Quest for Universal Health Coverage in Mexico: Polarised Politics, Policy Upheaval, and Pandemic Disruption, *The Lancet*, 402, 731-742.
- Martínez Villarruel, C. M. (2024). *Permanencia y transformación del ejercicio y uso de la partería tradicional en la Ciudad de México* [Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateo, A. M. & Argüello, H. (2019). La (in)definición de la partería: El discurso sobre partería tradicional en la política pública sanitaria internacional En: Sánchez Ramírez, G. y Laako, H. (Eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp.122-153). Colegio de la Frontera Sur.
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud, *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, (3), 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales, *Salud Colectiva*, 1(2), 195-223, mayo-agosto.
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica, *Desacatos*, 20, 109-132.

- Oliveira, O. (2006). Jóvenes y precariedad laboral en México, *Papeles de Población*, 12(49),37-73.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS. Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2016) *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OCDE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Quesada J., Hart, L. K. & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States, *Medical anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- Ramírez Pérez, A. (2016). *Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia norte de San Cristóbal de Las Casas* [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Sánchez Ramírez, G. (Ed.) (2015). *Imagen instantánea de la partería*. El Colegio de la Frontera Sur/Asociación Mexicana de Partería.
- Secretaría de Salud (2020). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Base de datos Registro de Nacimientos Salud 2020. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/nacimientos-ocurridos> [14 de febrero de 2024]. México.
- Sesia, P. & Berrio, L. (2021). *Situación actual de la partería indígena en México, 2021. Chiapas, Guerrero y Oaxaca*. Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesia, P. & Berrio, L. (2023a). *Situación actual de la partería indígena en México. Informe ejecutivo* (pp. 67). Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesia, P. & Berrio, L. (2023b). *Situación actual de la partería indígena en México, 2021-2022. Informe por Estados* (2da. revisada y ampliada, pp. iii-xii, 269). Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesia, P. & Berrio, L. (2024). Indigenous Midwifery Revisited in COVID-19 Times. The Making of Global Maternal Health and Some Anthropological Lessons from Southern Mexico. En: Masvawure, T. B. y Foley, E. (Eds.). *The Routledge Handbook of Anthropology and Global Health*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sibley, L. M., Sipe, T. A. & Barry, D. (2012). *Traditional Birth Attendant Training for Improving Health Behaviours and Pregnancy Outcomes (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 (8) Art. No. CD005460. [online]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005460.pub3>.
- Smid, M., Campero, L., Cragin, L., González Hernández, D. & Walker, D. (2010.) Bringing Two Worlds Together: Exploring the Integration of Traditional Midwives as Doulas in Mexican Public Hospitals, *Health Care for Women International*, 31(6), 475-498. <https://doi.org/10.1080/07399331003628438>.
- Tetelboin Henrion, C., Piña Ariza, M. C. & Melo Hernández, K. (2021). México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de COVID-19 y los trabajadores de la salud. En: Tetelboin Henrion, C., Iturrieta Henríquez, D. & Schor-Landman, C. (Coords.) *América Latina: sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 309-338). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: UAM; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Vicent Valverde, L. (2017-18). Tiempos de precariedad. Una mirada multidimensional a la cuestión precaria, *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, (140),35-49.