

PARTERÍA TRADICIONAL Y EXPLOTACIÓN JERÁRQUICA EN EL SURESTE MEXICANO

TRADITIONAL MIDWIFERY AND HIERARCHICAL EXPLOITATION
IN SOUTHEASTERN MEXICO

Enviado: 26/05/2025

Aceptado: 25/02/2026

DOI:10.24275/uam/izt/dcsh/polis/2026v22n1/TalaveraCamacho

*Eder Alberto Talavera Camacho*¹

RESUMEN

Este estudio tiene el propósito de analizar qué mecanismos implementa el sistema de salud para vulnerar el ejercicio de la partería tradicional. A partir del método Historias de vida, desde la perspectiva etnosociológica de Bertaux (1993), se realizaron 51 entrevistas para documentar las trayectorias de 25 parteras de cuatro localidades del sureste mexicano. En los resultados se identificaron patrones coincidentes con la teoría de la desigualdad persistente de Tilly (1998), ya que sus determinantes muestran la forma operativa de la explotación jerárquica en la que, a nivel institucional, se articulan acciones que subordinan y desplazan a la partería tradicional y promueven una crítica dirigida a la necesidad de transformación de las políticas públicas, para que aspiren a ser respetuosas y congruentes con las necesidades comunitarias.

Palabras clave: Partería tradicional, desigualdad, políticas públicas.

ABSTRACT

This study aims to analyze how traditional midwifery is either supported, protected, or undermined. Using the Life stories method within Bertaux's (1993) ethnosociological framework, 51 interviews were conducted to document the trajectories of 25 traditional midwives across four communities in southeastern Mexico. The analysis identified patterns consistent with Tilly's (1998) theory of durable inequality. Findings reveal the operational dynamics of hierarchical exploitation, whereby institutional practices systematically subordinate and displace traditional midwifery. The study advocates for a critical reevaluation of public policies to ensure they are respectful of, and aligned with, community-based needs.

Keywords: Traditional midwifery, inequality, public policy

¹ (a22220806@alumnos.uady.mx), Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-1060-4296>

INTRODUCCIÓN

Las aproximaciones académicas relacionadas con la partería tradicional, se han dedicado en las últimas dos décadas a la documentación y comprensión de las condiciones en las que se ha construido una relación desigual entre el Estado y las diferentes formas de vivir los saberes ancestrales. Sesia y Berrio (2021) describen el estado actual del marco jurídico a nivel latinoamericano y a nivel nacional, que han establecido las instancias gubernamentales, sobre la partería. En el panorama que presentan, destacan el avance en el cuerpo normativo de países donde se incorpora una visión de interculturalidad y la búsqueda del respeto a las cosmovisiones de las comunidades donde se practica la medicina tradicional.

En el panorama mexicano, Sesia y Berrio (2022) también dan cuenta de cómo el cuerpo normativo del sector salud y su ejecución, ha estado marcado por una relación que subordina a las personas que practican el modelo de la partería tradicional, con repercusiones sobre la dinámica social de sus comunidades. Por otra parte, señalan algunas experiencias donde se ha intentado formalizar la relación entre el sistema de salud y la partería tradicional, con énfasis en la situación general que se vive en Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán.

En ese sentido, Sánchez y Laako (2018) han señalado que la utilización de las parteras como un medio para que el sistema de salud alcance sus objetivos, además de promover la exclusión social y la desaparición de la partería tradicional, infringe los derechos humanos desde uno de sus valores fundantes: la dignidad de las personas. Por lo anterior, el presente artículo aborda la vulneración de las parterías, a partir de los hallazgos que son un fragmento de un estudio más amplio titulado *Historias de vida y dignidades: el caso de la partería tradicional en el sureste mexicano*.

En dicho proyecto, se consideró como propósito analizar cómo se potencian, protegen o vulneran las dignidades en la partería tradicional, a través de las situaciones identificadas en las trayectorias de las parteras tradicionales participantes en la investigación y su entorno inmediato (personal de salud, personas que reciben atención de las parteras tradicionales, familiares de parteras tradicionales). En consecuencia, se identificaron paralelismos entre las situaciones de vida compartidas por las personas participantes y el modelo de la desigualdad persistente descrito por Tilly (1998). A continuación, se presenta el contexto de la partería tradicional y la teoría de Charles Tilly, una descripción del método que se siguió en el proyecto, los resultados relacionados con la explotación jerárquica, la discusión y las conclusiones, entre las que destaca la necesidad de incorporar la

dimensión ética en el estudio de las acciones que implementa el Estado mexicano en la relación con la partería tradicional.

PARTERÍA TRADICIONAL

Las aproximaciones más recientes sobre la partería tradicional proponen un panorama atravesado por la desigualdad social. Sesia y Berrio (2022), Sánchez y Laako (2018), Benítez (2021) y Toci y Alarcón (2021) han documentado la partería desde una perspectiva comunitaria, donde han resaltado el rol que desempeñan las parteras en el tejido de las comunidades. En sus abordajes, describen las diversas funciones de las parteras, que van desde promover y proveer atención y cuidado a la salud materna y perinatal (con una terapéutica propia, cultivada de forma transgeneracional), hasta el ejercicio del liderazgo que les permite tomar decisiones y actuar como representantes de la comunidad en temas relacionados con la salud y el bienestar de las mujeres y sus familias.

Por otra parte, Jiménez (2008) ha explicado cómo la partería incide en el resguardo de los códigos y significados sociales y espirituales de sus localidades. En ese sentido, se resalta la labor que desempeñan en el tejido social, y en el desarrollo del sentido de pertenencia. Rodríguez y Montenegro (2016) describen el entramado de dicho concepto, el cual coincide con las funciones sociales de la partería en las que han hecho énfasis Sesia y Berrio (2022) y Sánchez y Laako (2018), a partir de las contribuciones que hacen las parteras a la seguridad emocional y el sistema de símbolos compartidos de comunidades, en las que también se cuenta con una cosmovisión propia.

Sin embargo, a pesar de la importancia que representa la partería para los lugares que habitan, Freyermuth (2018) también ha mencionado las diferentes formas en las que las parteras y los grupos étnicos suelen ser víctimas de violencia institucional, como la criminalización de la práctica de la partería o la falta de acceso a servicios de salud de calidad. En relación con ello, también han señalado las relaciones de subordinación y poder a las que están expuestas las personas que practican las diversas parterías tradicionales, obligadas, en la mayoría de los casos, a depender de la aprobación de las instituciones gubernamentales relacionadas con su ejercicio.

Además, desde un enfoque histórico, Sesia y Berrio (2021) han mencionado el desarrollo social y político-económico de la partería, a partir de la interacción con el sistema de salud desde una visión medicalizada, permeada por la bioética, la epidemiología, la economía de la salud, la salud pública y la medicina, como lo enuncian las declaraciones internacionales (OMS, 1993, 2021; UNFPA, 2018, 2021), donde los temas predominantes

han sido desde una visión utilitarista de la partería. Dicha visión ha sido previamente documentada por Sánchez y Laako (2018), quienes señalan su utilización como agentes comunitarios que ayudan al sistema de salud a incrementar la adherencia a la atención en salud. Esto mediante una relación asimétrica y la implantación del modelo médico hegemónico que limita la comprensión de las funciones que desenvuelven las parteras, al considerarlas únicamente como un medio orientado a reducir los riesgos de las complicaciones obstétricas y la muerte materna y neonatal.

Ante este panorama, las aproximaciones a las parterías concluyen sobre la necesidad de buscar nuevas rutas para la protección de su dignidad. El énfasis de las propuestas se hace en la construcción de políticas, que sean sensibles a la diversidad de saberes de la medicina tradicional, los cuales no sólo están relacionados con la atención a la salud. Por lo anterior, en el presente estudio se considera relevante la documentación de las situaciones problemáticas en las que se ha vulnerado a las parteras, donde se observa el paralelismo con el modelo de la desigualdad persistente, lo cual permite visibilizar la forma en la que el sistema de salud ha articulado una relación asimétrica, que también se replica al interior de los grupos de parteras.

LOS MECANISMOS DE LA DESIGUALDAD PERSISTENTE EN EL CASO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL

La relación asimétrica que se ha documentado desde una perspectiva histórica por Chávez (2014); Díaz y Oropeza (2007); Freyermuth (2018), da cuenta de las estrategias que ha implementado el Estado para intentar normar el ejercicio de las parterías. Sesia y Berrio (2021) también han documentado la relación jerárquica que implementa el sistema de salud, a través del cuerpo normativo vigente (SSA, 2005, 2015, 2016) y el incremento en la brecha de desigualdad a la que son expuestas las parteras tradicionales. En consecuencia, en el presente estudio se identificó la teoría sobre la desigualdad persistente como un modelo que permite registrar el proceso en el que el sistema de salud implementa acciones que se ajustan a lo explicado por Tilly (1998), a través de los cuatro mecanismos de su teoría: explotación jerárquica, acaparamiento de oportunidades, emulación y adaptación.

Tilly describe que la desigualdad persistente emerge a través de categorías sociales que, aunque podrían pasar por biológicas (por ejemplo, edad o raza), en realidad son constructos sociales impuestos por las creencias y las estructuras que organizan al sistema social. Estas categorías a su vez refuerzan el control y la exclusión, y justifican la dis-

tribución desigual de los recursos. Además, factores como género, clase y raza funcionan como marcadores que clasifican a las personas y las colocan en un sistema que replica a sí misma la desigualdad.

En el abordaje de la desigualdad moderna, Stezano (2021) explica que no sólo se trata de la resultante en la distribución de recursos económicos y las distancias que hay entre las diferentes posiciones sociales y sus relaciones con la vulnerabilidad, sino de los procesos que anteceden a éstas y del conjunto de elementos estructurales que los componen. En concordancia con lo anterior, Reygadas (2020) explica cómo se han realizado abordajes causales para explicar la desigualdad, tanto a nivel individual, grupal, estructural y conjuga las tres, para proponer un marco multidimensional de la desigualdad. En referencia a lo expuesto por Reygadas (2020), se distingue que el modelo de Tilly (1988) abona a la explicación operativa de la desigualdad, y ofrece una aproximación a los determinantes multidimensionales, en los que se destaca la identificación de los patrones en el cuerpo normativo impuesto por el sistema de salud a las parterías tradicionales.

Con base en la perspectiva de Tilly (1998), la dinámica de la desigualdad se explica a partir de la existencia de pares categoriales que poseen comportamientos complejos, asignados en concordancia con la organización y el conjunto de creencias que socialmente se han construido sobre ellos. Enuncia la categoría “partera”, como una de las categorías que personifican la desigualdad en su relación con la categoría “personal médico”, a partir de un vínculo asimétrico, donde existe una diferenciación de la estructura social que, sin embargo, en Tilly (1998) no se describe más allá de la mención.

No obstante, a partir de los mecanismos propuestos por Tilly (1998) es posible analizar la conexión categorial parteras tradicionales—sistema de salud para identificar la complejidad de su interacción a nivel interno y externo, donde se visibiliza cómo se replica y mantiene la dinámica de este par asimétrico. Además, se pueden observar las situaciones específicas de desigualdad en las que las relaciones y las estructuras sociales del par categorial vulneran los derechos humanos y la dignidad de la partería tradicional.

MÉTODO

El presente trabajo se realizó desde una perspectiva sociológica, con un carácter exploratorio, descriptivo, desde un enfoque cualitativo, a través de las historias de vida de las parteras tradicionales de un estado del sureste mexicano (ESM). En el caso de las historias de vida, se contempló la perspectiva descrita por Bertaux (1993) desde la cual es posible participar en la detonación del relato oral, a partir de preguntas relevantes al tema de

estudio, bajo la premisa de considerar al informante como un sujeto poseedor de saberes, con lo cual también existe la posibilidad de ser dirigido a través de sus intereses y la conciencia reflexiva del narrador (Bertaux, 1993; p. 159).

Por otra parte, se incluyó la perspectiva etnosociológica del mismo autor, en la que es posible identificar experiencias de vida en las narraciones, centradas en un período específico o sobre un aspecto en particular. En concordancia con la postura de Mallimaci y Giménez (2006), no se buscó la representatividad estadística de los modelos tradicionales. En el presente trabajo, el proceso de selección se apoyó en criterios teóricos, como es el muestreo selectivo descrito por Vasilachis (2006), en el cual se identifica a las personas en función de características que se consideran relevantes desde un punto de vista conceptual.

En el trabajo en comunidad se implementó la observación directa y el registro de diario de campo, con la premisa descrita por Álvarez-Gayou (2003, p. 104) en la que señala que no implica solo un registro visual, sino una aproximación de los sentidos de forma integral. Para la planeación de las historias de vida, se consideró la propuesta de Mallimaci y Giménez (2006), que refieren el siguiente orden: a) Preparación de la historia de vida, b) Implementación de las entrevistas, c) Análisis, sistematización de la información e interpretación de la historia de vida.

a) Preparación de la historia de vida

Se realizó la aproximación en dos etapas. La primera, con 6 visitas a la zona del ESM donde se reportó la colaboración con parteras tradicionales y el mayor número de registros de parteras por unidad de salud al cierre del periodo 2020-2022 (CNEGSR, 2022) en los servicios estatales de salud. Durante los recorridos, se conversó con el personal de 6 unidades de salud (2 personas de trabajo social, 2 de enfermería y 2 de medicina que fungían como director y directora de los establecimientos) que han colaborado o tenido contacto con parteras tradicionales. A través de las conversaciones se identificó la existencia de diferentes perfiles de parteras, considerando la descripción que realizaron sobre sus prácticas, religión, edad, estado de salud y, principalmente, condición actual del vínculo que tienen con las instancias gubernamentales de salud. Además, se identificaron irregularidades en la expedición del Certificado de Recién Nacido Vivo, discriminación hacia mujeres gestantes y parteras tradicionales, y falta de actualización del registro de parteras tradicionales (en las unidades de salud, aún se mantenía como activas a tres mujeres que fallecieron durante la pandemia).

Ante este panorama, se consideró como posible la existencia de escenarios de vulneración de las parterías en los municipios identificados del ESM y se consideró el primer acercamiento a las parteras tradicionales de cada localidad. Posteriormente, se realizó la segunda etapa, con 24 visitas para llevar a cabo las entrevistas en 4 localidades (Campo Verde, Laguna Azul, Camino Esmeralda y Monte Café), las cuales se describen más adelante. Una vez realizado el primer contacto con la primera partera tradicional, se llevaron a cabo los encuentros con las demás parteras y el resto de los informantes, a partir del uso de la técnica de bola de nieve, es decir, desde las recomendaciones y el contacto que brindaron las parteras sobre sus familiares, personas atendidas por ellas y el personal de salud que ha tenido contacto con su cotidianeidad, a fin de que el muestreo se adhiriera al diseño multivocal o polifónico descrito por Mallimaci y Giménez (2006). Así, se continuaron las conversaciones en cada localidad, hasta alcanzar el punto de saturación descrito por Bertaux (1993).

Desde la perspectiva de Mallimaci y Giménez (2006), la entrevista se considera como una plataforma de conversación adaptable, sin imponer una estructura rígida a las preguntas; esto con el fin de contar con la oportunidad de escuchar las evocaciones que eligen las personas participantes al recorrer con la memoria diferentes momentos de su vida. Esto permite acompañarlos en sus experiencias en diversos entornos y descubrirlos en las áreas de actividad en las que se desarrollan de forma cotidiana. Por lo anterior se tomaron en cuenta los elementos mencionados, con énfasis en los siguientes cuatro aspectos: inicio en el aprendizaje y la práctica de la partería tradicional; recorrido sobre su relación con los servicios de salud y las instituciones de gobierno; experiencias, dificultades, logros y expectativas/deseos; y valores sentidos en la partería tradicional. Luego se profundizó en aquellos pasajes en los que era importante obtener mayor precisión sobre un tema determinado.

Perfil de localidades

Para nombrar a las localidades en las que se realizó la aproximación a las parteras tradicionales y el resto de las personas participantes se utilizaron seudónimos elegidos aleatoriamente, a fin de evitar la revelación expresa de los lugares. Sin embargo, para contar con un acercamiento al contexto de cada sitio, se realizaron descripciones en las que los datos son aproximados a los que se proporcionan sobre cada lugar en fuentes oficiales. La secuencia en la que aparecen los siguientes nombres, corresponde al orden en el que se realizaron las visitas: Campo Verde, Laguna Azul, Camino Esmeralda y Monte Café. De esta manera, el primer municipio denominado Campo Verde, se encuentra ubicado

en la zona oriente del ESM. Es colindante con el municipio Laguna Azul. Cuenta con una población aproximada de 25,954 habitantes (INEGI, 2020). El 51.47% de habitantes de 3 años y más son hablantes de alguna lengua indígena (maya peninsular, mame, mayo y tzeltal), el 3.22% de los hablantes de lengua indígena no habla español; el 86.3% se reporta afiliada a servicios de salud. El 21.5% reporta tener 60 años y más. En el caso de Laguna Azul, es un municipio que se encuentra ubicado en la zona oriente del estado del sureste mexicano (ESM). Cuenta con 15,346 habitantes (INEGI, 2020). El 46.75% habitantes de 3 años de edad y más son hablantes de lengua indígena (maya peninsular, mame, mayo y tseltal), el 2.71% de los hablantes de lengua indígena no habla español; el 85.8% se reporta afiliada a servicios de salud. El 24.5% reporta tener 60 años y más.

El tercer municipio se denominó Camino Esmeralda y se trata de la capital del ESM; cuenta con 995,129 habitantes (INEGI, 2020), representa al 42.9% de la población estatal. El 7.42% habitantes de 3 años de edad y más son hablantes de lengua indígena (95.7% maya peninsular y el 1.00% ch'ol), mientras que el 1% de hablantes de lengua indígena no habla español; el 77.5% se reporta afiliada a servicios de salud. El 21.8% reporta tener 60 años y más. Por último, el municipio Monte Café, cuenta con 38,934 habitantes (INEGI, 2020), representa al 1.7% de la población estatal. El 82.35% habitantes de 3 años de edad y más son hablantes de lengua indígena (maya peninsular y tseltal), el 14.11% de los hablantes de lengua indígena no habla español; el 82.7% se reporta afiliada a servicios de salud. El 24.4% reporta tener 60 años y más.

b) implementación de las entrevistas

Se realizaron 51 entrevistas en las cuatro localidades participantes. 25 aplicadas a parteras tradicionales, en un rango de edad entre los 32 y los 81 años, con un promedio de 54 años. En la mayoría de los casos la conversación sucedió en idioma español, aunque en 3 se requirió del apoyo de interpretación realizada por un familiar bilingüe. La duración de las entrevistas con parteras tradicionales abarcó un intervalo de 50 a 180 minutos con un promedio de 80 minutos por entrevista. El 20% de las entrevistas con parteras se realizó en tres momentos, diferidos por una semana de distancia y en todas las entrevistas se solicitó el consentimiento verbal, el cual quedó registrado en una grabación de audio.

Ocho entrevistas se implementaron con personal de salud (adscrito a la coordinación del programa en salud materna a nivel estatal y jurisdiccional, además del personal del hospital de referencia de la comunidad y de la unidad de primer nivel de atención en salud). Respecto a las entrevistas con familiares, mujeres embarazadas y personal de salud, las entrevistas oscilaron en un intervalo de 20 a 30 minutos y el total de las mismas se

realizó en una sola visita. En el caso de las entrevistas con personal de salud y familiares, en el 20% de las entrevistas se solicitó consentimiento verbal y en el 80% se entregó carta de consentimiento informado.

c) Análisis, sistematización de la información e interpretación de la historia de vida.

Posterior a la recolección de datos, se realizaron las transcripciones, codificación y clasificación de las 51 entrevistas, de lo cual derivó la identificación de 6 categorías y 23 subcategorías. Además del análisis con apego a la fenomenología descriptiva, se realizó el análisis hermenéutico del cuerpo normativo vigente a nivel nacional y la identificación de paralelismos en la revisión teórica.

Los testimonios compartidos permitieron observar un entramado diverso en las trayectorias y los entornos de las parteras tradicionales. Por lo tanto, se organizó virtualmente la información en seis componentes que corresponden a las categorías identificadas, las cuales representan momentos clave en las historias de vida de las parteras y de la comunidad: 1.-Transmisión de saberes (vía matrilineal, patrilineal, autónoma, espiritual), 2.-Saberes comunitarios (saber esperar, acompañar, rezar y tener confianza y actitud de servicio comunitario), 3.- Dignidades en la partería tradicional. 4.-Relación con la comunidad, 5.-Relación con el sistema de salud.

Cada elemento propuesto se pretende publicar por separado, dada la cantidad y complejidad de los registros, con lo cual se reconoce la fragmentación de las historias de vida como una limitante para visualizar las trayectorias completas. No obstante, se observó la necesidad de procurar la integridad de las personas que participan en el estudio, ya que en los testimonios se identificaron situaciones de discriminación y violencia institucional, que pueden poner en riesgo la práctica de las parteras colaboradoras. Por lo cual se utilizaron seudónimos tanto para las localidades como para las personas.

Por otra parte, también se realizó la triangulación de la información procesada y en la revisión de la literatura se encontraron coincidencias entre la situación de la partería descrita por Sesia y Berrio (2021b) donde resaltan el maltrato, la subordinación y discriminación por parte del sistema de salud, y señalan sus causas estructurales. Considerando lo anterior, en el componente sobre la relación de las parteras con el sistema de salud, que corresponde al presente artículo, se exploraron las teorías que intentan explicar la desigualdad social y se identificó que los constructos de la teoría de la desigualdad persistente de Charles Tilly (1998) son coincidentes con los pasajes de las historias de vida en los que, de acuerdo a sus testimonios, han sido vulneradas las parteras tradicionales.

En ese sentido, los resultados permiten observar los mecanismos implementados por el Estado mexicano, a través de las instituciones de salud pública y la forma en que se replican desde el cuerpo normativo hasta la operación y la dinámica social en los grupos de parteras.

RESULTADOS

A continuación, se presentan resultados que remiten al primer mecanismo, explotación jerárquica, en el que se observa cómo las estrategias implementadas por el sistema de salud, se reproducen al interior de los diferentes grupos de parteras tradicionales. Se presenta este mecanismo, a partir de las vivencias de las parteras tradicionales, los testimonios del personal de salud y la revisión del cuerpo normativo que enmarca al par categorial. La organización de los relatos se realizó con base en las situaciones narradas por las personas participantes. La secuencia propuesta es acorde con la forma en la que se presentan en la trayectoria de las parteras, donde se observa la imposición y el sometimiento que da pauta al ciclo de la explotación jerárquica.

Las situaciones que componen el proceso del mecanismo en cuestión, se desarrollan en el siguiente orden: 1.- Captación y registro de parteras; 2.- Capacitación dirigida a parteras como condicionante para ser incluidas en el listado, donde se observaron cuatro componentes: a) Imposición–aceptación de las reuniones y capacitaciones, b) Situaciones en la relación entre parteras, a raíz de la dinámica de las capacitaciones: co-validación y división, c) Normativa vigente en el sector público, en relación directa con las capacitaciones a parteras tradicionales; y d) Proceso para la realización de las capacitaciones: planeación, implementación y limitaciones; y 3.- Credencialización de parteras, en la cual se realizó la revisión de la normativa vigente en el sector público, en relación directa con los registros de parteras tradicionales.

EXPLOTACIÓN JERÁRQUICA EN LA PARTERÍA TRADICIONAL DEL SURESTE MEXICANO

1.- Captación y registro de parteras

De acuerdo con Chávez (2014), los antecedentes sobre la relación entre el sistema de salud y las parteras tradicionales en el estado del sureste mexicano (ESM) se remontan a los inicios del siglo XIX, cuando se establece la primera Junta de Sanidad del Estado, y es durante la tercera década del mismo siglo que se establece la Escuela de Medicina y Farmacia en la capital del estado del sureste en el que se realizó la investigación. Freyermuth

(2018), explica cómo fue que la llegada de las unidades de salud significó un cambio rotundo en la relación entre la comunidad y la institucionalización de la salud, ubicándose ésta última al interior de las clínicas y los hospitales públicos. Por otra parte, en el caso de la salud materna y perinatal, da cuenta del rol que ocuparon las parteras tradicionales para influir en la aproximación de la comunidad a los establecimientos de salud ya que, en un principio, las instituciones no tenían la confianza de la gente. Además, señala que paulatinamente se desplazó a las parteras, hasta relegarlas del sistema de salud.

En concordancia con lo anterior, las personas participantes en las entrevistas, refirieron que el inicio de la comunicación entre parteras tradicionales y el sector salud comenzó con la implementación de los programas de vacunación y la expedición del Certificado de Recién Nacido Vivo (SSA, 2015), que obligó a las parteras a contactar con las unidades de salud y depender de la validación institucional para ejercer sus servicios y continuar brindando su acompañamiento a las mujeres embarazadas, las personas recién nacidas y sus familiares. En ese sentido, doña Virginia, de Campo Verde, comparte algunas de las dificultades que tuvo al brindar sus atenciones, cuando en el hospital comenzaron a imponer condiciones para brindar consulta:

Una vez, vino un muchacho que atendí a su esposa y me dice: “Doña Virginia, tienes que darme sus, sus, sus datos del bebé”, le digo, “ajá”, y con un pedazo de libreta lo usé así, escribí qué hora nació, qué talla tiene, pero así (extiende su mano), porque ni tengo metro, ni tengo nada, sólo con mi mano mide el bebé, con cuartas, así, cuánto mide el bebé “tantas cuartas” y lo puse en el cuaderno, en la hoja, así, y se lo llevó el muchacho. Cuando luego vino y me dice “Sabes qué, doña C, que no, así no es”. Y le digo yo: “¡y cómo, no sé cómo se hace!, porque la verdad de antes no hay. ¡Yo no sé, ya le di los datos, ¿qué más quieren?!”. Y se fue. Después regresó y me dice: “Sabes qué, doña Virginia, que si puedes ir en el hospital”. Y me fui. Cuando llegué en el hospital me dijo la doctora, la directora: “Es que, doña Virginia, si quieres hacer eso, tienes que hacer así, tienes que venir a las juntas”. Pues está bien, como es mi trabajo, pues empecé a ir. Después me invitaron a otro curso y fui, porque si no ya no me dejaban atender. Doña Virginia, Campo Verde; comunicación personal, enero, 2024

En relación con lo expuesto por doña Virginia, se identificó que la normativa vigente descrita por Sesia y Berrio (2021), se mantiene como obligatoria, desde la perspectiva del sistema de salud, para delimitar la atención y las acciones comunitarias de las parteras. Sobre la forma en la que se ejecuta el marco regulador, en el total de las entrevistas al personal de salud se observó que, “la validación del perfil de las parteras”, comienza con los registros de las parteras en las unidades de salud y continúa con los listados de

asistencia a las capacitaciones, para culminar con la “registro de productividad” que las parteras entregan a las unidades de salud, tanto en la atención obstétrica, como en la expedición del Certificado de Recién Nacido Vivo.

Durante las entrevistas con el personal de salud, los testimonios sugieren la validación de la identidad de las parteras desde una perspectiva vertical, mediante credenciales o “permisos” entregados por el nivel jurisdiccional del sector salud. Sin embargo, no se encontraron en el trabajo de campo. En cambio, en Camino Esmeralda las parteras participantes mostraron diplomas de asistencia a cursos, pero no credenciales con apego al proceso que indica la GAPTSPNP, u otro cuerpo normativo que les otorguen certeza jurídica. Por otra parte, las pautas de la normativa han sido retransmitidas desde la coordinación jurisdiccional, a pesar de que se puede considerar una contradicción ya que las parteras no cuentan con la credencial. Lo anterior, se identifica en los testimonios del personal que labora en el hospital de Camino Esmeralda:

(Una partera) puede venir con nosotros, nosotros tenemos la apertura de atender y de resolver la urgencia, y en el caso de los nacimientos también tenemos instrucciones directas, a través de la jurisdicción, que es a la que pertenecemos, de acompañarlas, con la excepción de que siempre y cuando la partera se identifique como partera, porque les dan la credencial de parteras, porque inclusive en la certificación del nacido vivo existe la posibilidad de que las apoyemos, aunque tenemos que verificar el vínculo entre la madre y el hijo. Dirección de calidad del hospital de Camino Esmeralda; comunicación personal mayo, 2024

A pesar de que el marco normativo referente a los registros de las parteras cuenta con un proceso que no desemboca en el reconocimiento enunciado; en los testimonios, las parteras participantes en las entrevistas mencionaron ser parte de los listados, que consideran como un requisito impuesto para ser validadas por el personal de salud. Por lo anterior, se identificaron los registros referidos en los distintos niveles de atención (local, jurisdiccional, estatal y federal). En el caso de los Servicios Estatales de Salud, el proceso inicia en las unidades de primer nivel de atención y se actualiza y entrega mensualmente al nivel jurisdiccional correspondiente, mismo que envía al nivel estatal, a través del enlace de Desarrollo Comunitario en Salud Materna y Perinatal, el cual comparte la información al personal homólogo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Sin embargo, en ninguna de las entidades federativas se lleva a cabo el reconocimiento a la partería con apego a lo que se indica de manera oficial en la Guía de autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional (GAPTSPNP), ya que

la Dirección General de Calidad y Enseñanza de nivel federal tiene derogada la facultad para la validación del personal de salud no profesional, como consta en el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud (2004), a través del Programa de Mejora Regulatoria (2017-2018) a cargo de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

2.- Capacitación dirigida a parteras como condicionante para ser incluidas en el registro de los Servicios de Salud

Tilly (1998) explica que existen procedimientos que refuerzan la explotación jerárquica y anticipa que éstos pueden variar en cada contexto. De acuerdo con esta perspectiva, el establecimiento de límites jerárquicos entre personal de salud y las parteras se articula como una justificación para el trato desigual que pone en desventaja a las parteras tradicionales. Para ello, la imposición del conocimiento técnico y su transmisión mediante las capacitaciones que forman parte de los requisitos que el sistema de salud exige a las parteras, refuerza el principio de inclusión y exclusión de la explotación jerárquica explicado por Tilly.

Dicho principio, consiste en el establecimiento de criterios que pueden promoverse como cuerpos normativos que refuerzan la relación jerárquica, al internalizarse por la parte subordinada y replicarse con sus propios pares. Es decir, que las situaciones en las que se manifiesta la relación jerárquica y los principios de inclusión y exclusión, con base en el conocimiento técnico que promueve el sistema de salud, también pueden aparecer como una réplica en la relación entre parteras. En ese sentido, en el siguiente testimonio se observa la internalización del discurso del sistema de salud y su posterior réplica con sus pares categoriales. Doña Cecilia comparte su perspectiva sobre el vínculo que mantienen las parteras con el sector salud y sobre las parteras que no se encuentran vinculadas con el mismo:

“Pues, gracias a Dios, aquí en ESM, no hemos tenido muchas dificultades porque la Secretaría de Salud nos respalda. Entonces, somos muchas más parteras de las que hay reportadas, somos muchas más, pero hay parteras que no, no se acercan a la Secretaría de Salud para poder, por decir, ser registradas. Entonces, yo a veces digo que esto es de ignorancia. Es una falta de que ellas quieran seguir saliendo adelante. Bueno, hay muchas parteras que tienen la mentalidad de los antiguos, ¿no?, de lo que hay, yo me quedo con lo mío, no lo comparto, no y no y no, esto no, y no lo otro. Entonces hay muchas que como que se cierran en ellas mismas y no, no dejan, no quieren seguir aprendiendo. Doña Cecilia, Laguna Azul; comunicación personal, febrero, 2024

Considerando que la división entre parteras promueve la disolución del tejido de saberes y de las redes de apoyo entre las personas que practican la partería, como lo señala doña Cecilia, se abordó la capacitación como una estrategia que refuerza la explotación jerárquica y se identificaron los siguientes elementos que promueven su desarrollo: a) Normativa vigente sobre las capacitaciones a parteras tradicionales. Planeación, implementación y limitaciones; b) Imposición—aceptación de las reuniones y capacitaciones; y c) Situaciones en la relación entre parteras, a raíz de la dinámica de las capacitaciones: co-validación y división.

a) Normativa vigente sobre las capacitaciones a parteras tradicionales. Planeación, implementación y limitaciones.

La *Norma Oficial Mexicana: Para el ejercicio de la partería tradicional, comunitaria y profesional. Criterios para la regulación de las salas de labor, parto y recuperación*, establece en el numeral 5.1.11 que, a nivel institucional, el sector salud tiene el deber de capacitar a “parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos” (SSA, 2016). A su vez, la “Guía de autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional” (SSA, 2005) establece que las capacitaciones forman parte del proceso de autorización, para que las parteras sean consideradas personal de salud no profesional. El documento señala que las parteras deberán cumplir con la capacitación en los temas de salud reproductiva sobre los elementos de parto limpio, manejo de riesgos obstétricos, conocimientos de los procedimientos de referencia a las unidades de salud y planificación familiar. Además, se consideran criterios para formar parte de las capacitaciones la mayoría de edad, saber leer y escribir y contar con reconocimiento en el área de desempeño, más los criterios que dicte la Secretaría de Salud.

Por otra parte, en las entrevistas con el personal de salud, se identificó la logística que sigue cada capacitación, así como una descripción generalizada en cuanto a las limitaciones que observa el personal que participa en la planeación, ejecución y seguimiento de las capacitaciones dirigidas a parteras tradicionales. Sobre las capacitaciones, el personal de salud de nivel estatal refirió estar consciente de las deficiencias en la atención a las necesidades de las parteras, ya que, tanto en el traslado como en la creación de materiales adaptados a la edad y las condiciones de salud de la mayoría, se requiere de un recurso económico que se dejó de autorizar a nivel federal.

También tienes que considerar que a veces no tenemos al personal suficiente para atender a todas. A veces tampoco está sensibilizado para dar la capacitación a parteras; no siempre tienen la mejor actitud; ni el conocimiento; ni el apoyo de sus jefes de departamento o de sus jefes jurisdiccionales; como ahorita, que tenemos una situación de que no hay recurso de Ramo 12 desde el año pasado y con eso nos quitaron a los promotores, nos quitaron a los enlaces comunitarios, tú ya lo viste; y las jurisdicciones que los tienen, pues es porque tienen contrato estatal, pero las movieron ahí, aunque vienen de otras áreas y nunca habían trabajado con parteras, no hablan su idioma, no tienen habilidades para organizar las capacitaciones, entonces, es difícil adaptarse y darles la atención como se lo merecen. Personal administrativo de los Servicios Estatales de Salud; comunicación personal, mayo, 2024

A pesar de que la GAPTPSNP no cuenta con un trámite viable sobre el procedimiento para reconocer a las personas que practican la partería tradicional, el documento se ha mantenido vigente desde el año 2005 y, a nivel federal, como la única publicación oficial, al momento del presente estudio, dirigida exclusivamente a establecer las pautas para las capacitaciones dirigidas a parteras tradicionales.

b) Imposición—aceptación de las reuniones y capacitaciones

Además de que las capacitaciones se consideran obligatorias, tanto por el lado del personal de salud, como por el de las parteras tradicionales participantes, se identificó la aceptación manifiesta en éstas últimas, toda vez que en la mayoría de los testimonios las mencionaron como una forma de “educación alternativa”, “una oportunidad de trabajo” y “una certificación como partera”. En todos los casos, se refirió que “capacitarse es parte de su responsabilidad como parteras” y es semejante a tener acceso a una educación parecida a la formal. En el mismo sentido, doña Virginia lo explica como parte de su trabajo y tanto en sus gestos como en su voz, se percibe un énfasis que podría describirse como formal, al mismo tiempo que de aceptación:

Aunque sea no tengo un estudio, pero puedo hacer esto y algo que lo aprenden mis hijas, es lo que quiero. Es todo. Así empecé a trabajar como partera. Me iba a la capacitación y pues, no sé cómo, me gano mi diploma y así tengo mi diploma para trabajar. Doña Virginia, Campo Verde, comunicación personal, 2024

De acuerdo con los testimonios de las parteras participantes en las entrevistas, además de lo relacionado con el aprendizaje, como lo fue con doña Virginia, entre los beneficios que las parteras encuentran en las capacitaciones, reuniones y encuentros está el que

han propiciado una interacción entre parteras que antes no sucedía más allá de la localidad en la que habitan. A partir de las primeras sesiones, se han establecido vínculos y refieren una mayor comunicación que incluye el uso de redes sociales como el WhatsApp, así como colaboraciones entre mujeres con otros perfiles.

c) Situaciones en la relación entre parteras, a raíz de la dinámica de las capacitaciones: co-validación y división

En las conversaciones se abordó el tema del número de parteras que habitaban cada localidad. En todas las participaciones, en el conteo se presentó como punto de referencia el “estar registrada” o “no estar registrada” en los Servicios de salud, como un criterio para definir el número total de parteras “reconocidas”, en contraste con las que mencionaron que probablemente eran parteras “sin permiso para trabajar”. En Monte Café, doña Marisa hace memoria sobre el número de parteras que iniciaron al mismo tiempo que ella. Cuenta que cuando inició su camino como partera, sí conocía a sus compañeras, pero interactuaban poco y fue cuando iniciaron las capacitaciones, que comenzó a platicar más con ellas. Dice que actualmente no conoce a todas, pero sí a la mayoría, porque las encuentra en cada una de las sesiones a las que convoca el centro de salud. Sin embargo, también menciona que hay compañeras que no asisten y con ellas no tiene comunicación, pero ha escuchado de los problemas que han tenido “por atender sin estar registradas”:

Se ha llegado a presentar la situación, pero es como les digo, ellas a veces las mujeres se atienden con parteras que no están reconocidas en la Secretaría de Salud, entonces esas parteras que no están reconocidas, y, por ejemplo, ellas no pueden dar ese papel para poder canjear el certificado. Entonces es allí cuando empiezan a tener problemas, porque lo primero que te preguntan: ¿quién te atendió?, ¿dónde te atendiste?, ¿quién fue la partera? Y si no tienes el papel, ¿ellos cómo te van a comprobar que ese bebé realmente es tuyo? Entonces es la situación que ha estado habiendo, pero pues por eso siempre les decimos que se atiendan con parte las que tengan ese papel para que no tengan ningún problema. Hay mujeres que han venido con nosotros comprándonos ese papel para poder ellos ir a canjearlo en el, en el centro de salud y que les den el certificado de nacido vivo. Pero pues nosotros no podemos hacer eso, porque para nosotros también es un riesgo. Doña Marisa, Monte Café; comunicación personal, abril-mayo, 2024

Como se observa en el testimonio de doña Marisa, a la exclusión entre parteras a causa de la asistencia o no asistencia a las capacitaciones, también se suma el procedimiento de la

expedición del certificado de recién nacido vivo. Sin embargo, la capacitación se mencionó como el principal criterio, con el cual se validan entre ellas y se refuerza el principio de inclusión y exclusión de la explotación jerárquica explicado por Tilly. En Monte café, por ejemplo, se encontró una división marcada entre dos grupos de parteras que, además de participar en los espacios de capacitación, realizan reuniones de forma autogestionada, para abordar casos y temas relacionados con las atenciones que brindan, en las cuales no se incluye a todas las parteras que forman parte de los registros de las capacitaciones. Al indagar sobre los motivos, se expresó que también era importante considerar el desempeño durante las reuniones:

“Hay veces que no saben porque no entienden la capacitación. Como hay veces que están dando su tema el doctor o la doctora y ellas se están durmiendo a la mera hora. Pero es como te digo, la que se quiere superar, lo hace. Porque se entiende de las que ya es por su edad, pero hay otras más jóvenes que van así, sin poner atención”. Doña Leonora, Monte Café, comunicación personal, 2024

En el total de las entrevistas de Monte Café se manifestó la división, a partir del registro y la asistencia a las capacitaciones. Al entrevistar a las parteras descritas por sus compañeras como “no reconocidas”, refieren un alejamiento por parte del personal de salud y un rechazo en las últimas capacitaciones en el que no se les brindó una explicación del porqué habían dejado de considerarlas para las reuniones:

“Cuando fuimos al hospital, allí empezaron los cursos de las parteras en (lugar de ESM). Después vinieron para enseñarnos. No sé quién les dijo a ellos, qué les dijo a ellos, pero me sacaron de ahí, de la capacitación, me gritaron “¡Ya no quiero verte aquí, vete, lárgate!”. Sentí algo (señala el pecho), “Dios mío, ¿por qué me odian mucho?”. Después fuimos otra vez y a mi hija igual, porque mi hija también es partera, pero también a ella la sacaron. Pero ella no vive aquí, vive en (lugar de ESM). No sé por qué, pero me sacaron”. Doña Leonora, Monte Café; comunicación personal, abril-mayo, 2024

En ese sentido, como lo manifiesta doña Leonora, se resalta cómo las dinámicas de poder y los procedimientos de capacitación influyen en la inclusión, exclusión y el reconocimiento de las parteras. Además, la imposición de capacitaciones que no siempre se adaptan a las necesidades y realidades locales crea una sensación de desconfianza y rechazo entre las parteras. Mientras algunas ven estas capacitaciones como una oportunidad valiosa para adquirir conocimientos y mejorar sus habilidades, otras sienten que

se les excluye del proceso. Esta división entre parteras registradas y no registradas genera tensiones dentro de la comunidad, ya que aquellas sin reconocimiento formal enfrentan dificultades para validar su trabajo y garantizar el acceso a servicios de salud adecuados para las mujeres que atienden.

3.- Credencialización de parteras

Sobre la entrega de los documentos que las personas participantes del sector público, las parteras tradicionales y sus familiares refirieron como “credenciales”, se observó que se trata de diplomas que no cuentan con un formato, ni un procedimiento homogéneo y presentan aparentes inconsistencias e imprecisiones en la información que se le proporcionó a las parteras durante su entrega, contrastada con el documento que reciben. Lo anterior, específicamente en los siguientes aspectos: el motivo de entrega, el título del reconocimiento, la vigencia y respaldo legal (en ningún caso se enuncia un fundamento del cuerpo normativo). A pesar de esta situación, tanto en los testimonios de las parteras participantes, como en los de los familiares, se identificó que describen a los documentos como parte de la “validación” por la que tienen que pasar cuando son “certificadas” por las instituciones. Así lo refiere Claudia, hija de doña Sara:

“Mi mamá tiene sus diplomas y lo que piden, su credencial. Esos papeles los envían desde México. Allá le dieron su reconocimiento, porque allá es donde tienen la lista de todas las que son válidas —[en referencia a las parteras], que sí van a sus reuniones y cumplen con lo que les piden”. Claudia, hija de Doña Sara, Camino Esmeralda; marzo-abril, 2024

En todos los casos en los que se nombraron los documentos, las personas los presentaron de manera voluntaria. En ellos, se observó que en ninguno se expresa el reconocimiento como parteras tradicionales. En cambio, se utilizan leyendas de entrega a propósito de “la labor que desempeñó en el año 2023 a favor de la aplicación y preservación de la medicina tradicional intercultural maya”. Sobre el proceso de entrega de los documentos, las personas informantes de los Servicios de Salud del ESM refirieron que no existe un recurso permanente y programado para cubrir los gastos que corresponden a los materiales de papelería, transporte y gestión para dar cobertura a un trámite que, de acuerdo con su pronunciamiento, puede cambiar con cada sexenio, ya que tiene vigencia durante la administración en turno.

Además, se identificó que existió otro registro paralelo por parte de las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin embargo, las personas informantes refirieron

que las actividades con partería tradicional fueron suspendidas a partir de la pandemia y no se cuenta con un registro actualizado desde entonces. Por último, se tuvo acceso a los registros de una instancia paralela al Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (del ESM), en la cual se elaboran registros nominales, a través de los enlaces que llevan a cabo actividades comunitarias en cada localidad.

DISCUSIÓN

El paralelismo entre los mecanismos de la desigualdad persistente y las vivencias compartidas por las personas colaboradoras del proyecto permite identificar, en una secuencia lógica, los elementos que articulan la relación asimétrica entre el sistema de salud y las parteras tradicionales. De acuerdo con la teoría de Tilly (1998), las situaciones señaladas incrementan las brechas de desigualdad y se replican al interior del par subordinado. En el caso de los resultados expuestos respecto del mecanismo de explotación jerárquica, se identificaron cuatro situaciones clave que refuerzan la desigualdad en el par categorial parteras tradicionales-personal de salud y su correspondiente reproducción en la relación parteras-parteras.

En cuanto a las situaciones nombradas en las trayectorias de las parterías, se reconocen las semejanzas del presente estudio con los hallazgos de Sesia y Berrio (2021b, 2021a, 2022), Toci y Alarcón (2021), Araya (2021), al referir las capacitaciones como el mecanismo fundamental que utiliza el sistema de salud, para intervenir en las parterías. En el mismo orden, se encontraron los beneficios secundarios desde la perspectiva de las parteras, como sucede en los casos nombrados por Sesia y Berrio (2022). Específicamente, en referencia a que las capacitaciones permiten a las parteras estrechar el vínculo con sus pares. A lo anterior, el presente estudio aporta testimonios que resaltan el valor emocional y de relación con el autoconcepto de las parteras, donde el acceso a los espacios educativos que promueve el sector salud, lo definen como una oportunidad de desarrollo personal.

Sin embargo, a pesar de que no se identificaron situaciones de censura de la partería o prohibición de sus atenciones a la salud, como las descritas por El-Koni (2021), Arana (2021) y Sesia y Berrio (2022), sí se mencionó la exclusión entre parteras, a partir del señalamiento de las que no asisten a las capacitaciones o no están inscritas en las instancias del sector salud. Es decir, que se refuerza el principio de inclusión y exclusión de la explotación jerárquica descrito por Tilly (1998), a partir de las pautas de validación que el sistema de salud impone a las parteras tradicionales, donde sucede una réplica de

co-validación y división entre pares. Los grupos de parteras que colaboran con las actividades convocadas por las instancias del sector salud se vinculan con sus pares, porque consideran que están capacitadas, en contraste con las que descalifican, cuando estiman que no cuentan con la actualización o las habilidades necesarias para brindar atención materno infantil.

Cabe destacar que estos procesos son independientes al reconocimiento comunitario, ya que los testimonios recopilados en las entrevistas indican que existe un reconocimiento social del valor de la partería tradicional, pero que éste se ve amenazado por la fragmentación y la división entre parteras “reconocidas” y “no reconocidas” por el sistema de salud. En ese sentido, se señala que, a través de capacitaciones estandarizadas impuestas por el personal de salud, se establece un marco que privilegia un conocimiento técnico sobre la sabiduría tradicional. Aunque algunas parteras ven la capacitación como una oportunidad para crecer y obtener reconocimiento, otros testimonios reflejan una postura de resistencia, sugiriendo que la percepción de exclusión entre sus pares se encuentra en el fondo de esta dinámica. En este contexto, tanto la credencialización como la capacitación obligatoria para parteras, consideradas por muchos como las vías hacia la inclusión, se convierten en eslabones de un mecanismo que refuerza la desigualdad.

Por otra parte, no se identificaron situaciones de discriminación de clase, raza y género hacia las parteras que colaboraron con el estudio, como las situaciones que mencionan Gómez (2021) y Sesia y Berrio (2022). En cambio, se observó que en las instancias del sector salud ocurre otra situación, que podría describirse como dinámica de simulación (por ejemplo, sobre la entrega de credenciales sin fundamento jurídico y sin una mención específica dirigida al reconocimiento de la partería tradicional) que supone “el cumplimiento de los deberes institucionales”, marcados por los cuerpos normativos vigentes. No obstante, dicha simulación concluye en la invisibilización y el desplazamiento de las parterías, visible a través del acaparamiento de las oportunidades de brindar atención a las mujeres embarazadas y a las comunidades, que ven incrementar las barreras al ser atendidas por las parteras tradicionales, lo cual también repercute en las posibilidades de retransmitir los saberes a las nuevas generaciones de parteras.

De esta manera, se reconoce que la documentación de las trayectorias de las parterías y la búsqueda de modelos teóricos que permitan reconocer otros elementos de la desigualdad genera un alcance distinto, en el que se pueden identificar otros mecanismos que atentan contra la preservación y promoción de la partería y la medicina tradicional. Como consecuencia, se observó la necesidad de realizar aproximaciones futuras a la dimensión ética de las acciones que implementa el Estado, donde queda abierta la

posibilidad de implementar tanto en los cuerpos normativos, como en las políticas públicas, elementos que contemplen los daños colaterales, como un criterio para la toma de decisiones y la ejecución de acciones que aspiren a considerarse interculturales.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio permiten observar el inicio de un proceso orientado a perpetuar una desigualdad en la que no sólo se vulnera la capa económica, también trasciende en el tejido social de las comunidades. En ese sentido, la comparación con el mecanismo explotación jerárquica da cuenta de los roles de los pares categoriales y muestra la forma en la que se replica la dinámica de inclusión-exclusión, implementada por el sistema de salud con las parteras tradicionales. Lo anterior, también es expresado en la repetición del mecanismo, que sucede en la relación parteras-parteras, como una variante del sometimiento y la exclusión, incorporada por el par categorial en desventaja.

Por lo anterior, se considera como una oportunidad para estudios futuros el continuar con la documentación en el modelo de la desigualdad persistente. La implementación de nuevas miradas para comprender otros atributos de la desigualdad es indispensable en la búsqueda de la justicia social, ya que se trata de un fenómeno que no sólo corresponde con la dimensión económica ya que establece una relación que se perpetúa. Por otra parte, el cruce entre el modelo biomédico y el de la medicina tradicional, en el presente estudio se reconoce la falta de otras intersecciones en el análisis del par categorial, que podrían nombrarse y dar cuenta de una mayor complejidad en la relación asimétrica.

Por último, con base en el propósito establecido, en el presente trabajo se analizó cómo se vulneran las dignidades en la partería tradicional, a través de las situaciones identificadas en las trayectorias de las parteras tradicionales participantes en el estudio y su entorno inmediato. El registro crítico de estas experiencias es valioso, en la medida en la que aporta elementos para encontrar nuevas rutas en la búsqueda de mayor horizontalidad en la política pública, para la implementación de estrategias respetuosas con el tejido social. Para lograrlo, se sugiere el desarrollo de estudios situados, a partir de los múltiples escenarios que conforman el panorama nacional de las que podrían considerarse como parterías tradicionales, dada la pluralidad interna que hay en cuanto a sus prácticas y cosmovisiones.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Ciudad de México: Paidós.
- Arana, V. (2021). De un sistema de transmisión matrilineal de los conocimientos de la partería tradicional indígena a la cooptación institucional de sus saberes y su trabajo. En R. Alarcón, T. A. Alarcón, D. Álvarez, V. Arana, M. J. Araya, T. Brandao, S. M. Casillas, M. E. Kotni, I. Gómez, A. Moral, J. Ortega, P. Quattrocchi, y V. Sieglín (Eds.), *Las parterías tradicionales en América Latina* (pp. 69–95). Luscinia C. E.
- Araya, J. (2021). Políticas modeladoras hacia la partería indígena en el sureste mexicano. En R. Alarcón, T. A. Alarcón, D. Álvarez, V. Aranda, M. J. Araya, T. Brandao, S. M. Casillas, M. E. Kotni, I. Gómez, A. Moral, J. Ortega, P. Quattrocchi, y V. Sieglín (Eds.), *Las parterías tradicionales en América Latina* (pp. 145–165). Luscinia C. E.
- Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En C.S. Marinas (ed.), *La historia oral: métodos y experiencias* (149–171). Debate.
- Chávez, M. (2014). Trayectoria de los centros de salud europeos y primeras luces de la medicina moderna en el Yucatán colonial. *Península*, 3(1), 35–63. <https://doi.org/10.22201/cephcis.25942743e.2008.3.1.44350>
- Díaz, L. y Oropeza, L. (2007). Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte. *Dynamis*, 27, 237–261. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114424/143234>
- El-Koni, M. (2021). La capacitación de parteras tradicionales en Chiapas: un mecanismo de gobernanza reproductiva. En R. Alarcón, T. A. Alarcón, D. Álvarez, V. Aranda, M. J. Araya, T. Brandao, S. M. Casillas, M. E. Kotni, I. Gómez, A. Moral, J. Ortega, P. Quattrocchi, y V. Sieglín (Eds.), *Las parterías tradicionales en América Latina* (pp. 203–234). Luscinia C. E.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030*. Fondo de las Naciones Unidas.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *El estado de las matronas en el mundo 2021*. Fondo de las Naciones Unidas.
- Freyermuth, G. (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI : experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
- Gómez, I. (2021). Dispositivos de saber-poder: parteras tradicionales y el proceso medicalizador en el sureste de México. En R. Alarcón, T. A. Alarcón, D. Álvarez, V. Aranda, M. J. Araya, T. Brandao, S. M. Casillas, M. E. Kotni, I. Gómez, A. Moral, J. Ortega, P. Quattrocchi, y V. Sieglín (Eds.), *Las parterías tradicionales en América Latina* (pp. 185–202). Luscinia C. E.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Panorama sociodemográfico de México 2020*. INEGI.
- Jiménez, S., Pelcastre, B., y Figueroa, J. (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. <https://iamr.uchile.cl/index.php/RCSPP/article/view/2205>
- Laako, H. y Sánchez, G. (2018). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la frontera Sur.
- Mallimaci, F., y Giménez, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En I. Vasliachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 175–212). Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Personal sanitario: orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería. Informe de la 74 Asamblea Mundial de la Salud*.
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política y cultura*, (22), 7–25.
- Rodríguez, A., y Montenegro, M. (2016). Retos Contemporáneos para la Psicología Comunitaria: Reflexiones sobre la Noción de Comunidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(1), 14–22.
- Secretaría de Salud. (2005). *Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Ciudad de México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Secretaría de Salud. (2015). *Manual para la expedición del certificado de recién nacido vivo*. Ciudad de México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Información en Salud.
- Secretaría de Salud. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Secretaría de Salud.
- Sesia, P., y Berrio, L. (2021a). *Legislación y normatividad en torno a la partería tradicional indígena*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Sesia, P., y Berrio, L. (2021b). *Situación actual de la partería indígena en México*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Sesia, P., y Berrio, L. (2022). *Situación actual de la partería en seis estados de México Informe final 2021-2022 (informe ejecutivo)*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Stezano, F. (2021). *Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe: Un análisis crítico de la literatura*. CEPAL-Naciones Unidas.
- Tilly, C. (1998). *La desigualdad persistente*. Manantial
- Toci, A., y Alarcón, R. (2021). Las parterías tradicionales indígenas de México: una aproximación a su exclusión social y desaparición desde la ética y la bioética. En R. Alarcón Lavín (Ed.), *Las parterías tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 165–184). Luscinia C. E.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.