

SALUD EN CONTEXTO

Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

Reconocimiento a la partería tradicional: desafíos para la atención primaria en salud en Chiapas, México

Hernández-Saad A.L.^{a}; Hernández-Martínez V.^a; Barrón-Velázquez E.^a; Enríquez-López Y.E.^b*

RESUMEN

Este texto recupera experiencias sobre las trayectorias de aprendizaje de la partería tradicional, a partir de la sistematización de 16 entrevistas semidirigidas a parteras tseltales de los municipios de Chilón y Ocosingo, en Chiapas, México. A partir de los relatos también se describen tensiones cotidianas que enfrentan al interactuar con el sistema de salud, en donde el personal de los establecimientos médicos las trata con desconfianza y descalifica sus conocimientos, y se explica cómo, pese a ello, las parteras tradicionales tienen disposición y deseos de colaborar y tender puentes con el personal sanitario, aunque muchas veces tienen que hacerlo por medio de vínculos personales o acuerdos informales. Desde una lectura crítica de la interculturalidad, este trabajo propone líneas de acción que permitirían una articulación más justa: el reconocimiento legal de su trabajo, un protocolo de derivación respetuoso y la formación del personal biomédico en trato digno y pluralidad de saberes. El análisis parte de que las parteras tradicionales son pieza clave para garantizar el derecho a la salud de las mujeres indígenas y que reconocerlas es una deuda histórica tanto como una cuestión de eficiencia clínica.

PALABRAS CLAVE: partería tradicional; medicina tradicional; salud materna; interculturalidad; justicia social en salud; pueblos indígenas; pluralismo médico.

^a División de Justicia Social en Salud, Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

^b División de Salud de las Mujeres, Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

*atzelbi.hernandez@imssbienestar.gob.mx

INTRODUCCIÓN

La historia de los pueblos indígenas en la sociedad mexicana colonial y poscolonial es un relato de exclusión y racismo. Desde las empresas de esclavitud y exterminio hasta los intentos de asimilación, pasando por los proyectos nacionales que simplemente ignoran su existencia (1), la diversidad de culturas originarias ha sido habitualmente negada y relegada al *folklor*, a la vez que sus saberes han sido sistemáticamente vilipendiados. Por ello, la definición de políticas públicas que avancen hacia el respeto y reconocimiento de los saberes indígenas es un asunto de justicia social elemental; pero no sólo eso, sino que, desde el punto de vista de atención a la salud, la coexistencia del sistema biomédico con los sistemas de medicinas tradicionales es una necesidad cada vez más evidente. En particular, en materia obstétrica, la partería tradicional es clave para la seguridad y el bienestar de las mujeres indígenas.

En México, las tasas de morbilidad y mortalidad obstétrica son persistentemente más altas en mujeres indígenas (2); por ello, para cumplir el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud para todas las personas es necesario diseñar políticas públicas que reconozcan el contexto e implementen estrategias culturalmente pertinentes. En esa tarea, las parteras tradicionales son fundamentales, pues en muchos casos representan el principal sostén de la atención de la salud de las mujeres. Sin embargo, actualmente continúan excluidas de la toma de decisiones, del presupuesto público y de los marcos institucionales.

Este artículo explora, a partir de 16 entrevistas a parteras tseltales de Chiapas, cómo se construyen sus saberes, qué barreras encuentran en el sistema institucional y qué condiciones demandan para una articulación intercultural respetuosa, con el objetivo de visibilizar sus experiencias y, a partir de ello, contribuir a la definición de rutas de reparación que redistribuyan recursos y reconozcan la legitimidad tanto clínica como cultural de las parterías tradicionales en particular, y de la medicina tradicional en general.

METODOLOGÍA

Esta reflexión se construyó a partir de una sistematización cualitativa de 16 entrevistas semidirigidas, realizadas en abril de 2025 a parteras tradicionales tseltales de los municipios de Chilón y Ocosingo, en Chiapas, México, de las cuales 2 son hombres y 14 mujeres, en un rango que va de 40 a 74 años. Las entrevistas fueron desarrolladas en el marco de un proyecto más amplio enfocado en la identificación de barreras concretas para la participación de parteras tradicionales en el sistema de salud y en el IMSS Bienestar; particularmente, aquellas derivadas de malos tratos por parte del personal de salud, para el desarrollo de programas de capacitación y sensibilización dirigidas a quienes trabajan en servicios institucionales.

Para el análisis de la información, se elaboró y estudió una matriz basada en el *framework method* (método de marco analítico), según lo describen



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

Gale *et al.* (3), una estrategia de análisis cualitativo que permite organizar e interpretar los datos de forma sistemática, conservando el vínculo con los contextos culturales y los significados expresados por las participantes. Este método organiza la información de un modo que facilita la identificación de patrones mediante un proceso de categorización y sistematización de los datos cualitativos.

Para la matriz, se organizó la información en torno a temáticas relacionadas con las trayectorias de aprendizaje y práctica de la partería, las condiciones cotidianas de atención, las formas de interacción con los servicios de salud, los desafíos institucionales que enfrentan, y los factores que inciden en la continuidad y el bienestar de las propias parteras. Esta organización permitió identificar tanto los aportes de las parteras en la atención materna, como las barreras institucionales que limitan su participación plena en los servicios de salud, así como las condiciones necesarias para favorecer la colaboración en un marco de respeto y reconocimiento a los saberes tradicionales. Se generaron tres categorías: saberes y prácticas, interacción institucional y bienestar de las parteras. Debido a limitaciones de espacio, esta última se reserva para un manuscrito posterior.



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

El análisis fue guiado conceptualmente por los principios de la interculturalidad crítica, de acuerdo con la propuesta de Emilio Menéndez (4) quien ofrece un enfoque crítico sobre las relaciones de poder que atraviesan los sistemas de salud, y afirma la necesidad de establecer un diálogo horizontal con los saberes tradicionales, esclareciendo sus aportes actuales y en potencia para la mejora de la salud de la población, al margen de las barreras institucionales.

Las entrevistas fueron recolectadas por un equipo comunitario de IMSS Bienestar y se entregaron en audio para su análisis. La primera lengua de las participantes es el tseltal y, en varios casos, se recurrió a intérpretes; por ello, tanto la traducción al español como la transcripción pudo perder matices semánticos. Las personas entrevistadas otorgaron su consentimiento para el uso de la información recabada en las grabaciones; sin embargo, las entrevistas fueron codificadas de E1 a E16 para proteger la identidad de las participantes —en algunos casos, cuando se reproduce una cita textual, se indica únicamente el nombre de pila de la partera—. La lista de correspondencia con nombres completos fue resguardada por el equipo de investigación.

HALLAZGOS: SABERES COMUNITARIOS DE PARTERÍA Y SU INTERACCIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

Como parte del análisis, se identificaron dos ejes interrelacionados que ejemplifican cómo se reproducen desigualdades sustantivas que enfrentan mujeres indígenas en la atención primaria obstétrica, a partir de la relación que el sistema de salud establece con la partería tradicional. A continuación, se presentan los hallazgos centrales de cada uno, ilustrados con testimonios representativos, orientados a promover la reflexión y la definición de políticas que puedan impactar en el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios que ofrece IMSS Bienestar.

Saberes y prácticas en contexto

Las trayectorias de las parteras entrevistadas revelan un modelo de transmisión de conocimientos carac-



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

terístico de muchos sistemas médicos tradicionales, construido sobre la base de la espiritualidad, con elementos de práctica empírica y la transmisión oral (5). Ninguna de las entrevistadas refiere haber sido formada mediante procesos formales o técnicos, en cambio, la mayoría atribuye su carrera a un llamado divino o a una experiencia onírica, que generalmente no está mediada por una enseñanza directa. La partera Angélica dice con claridad: “Es un don de Dios que me dio” (E1), mientras que doña María relata: “Cuando soñaba, yo lo veía que estoy con el parto, que estoy atendiendo a la persona. Y todo se aparece como realidad, como que no estamos durmiendo. Eso fue lo que pasó, que me llevó a ser partera. Todo lo que he soñado, todo lo fui haciendo” (E13).

A partir de esa revelación vocacional, el conocimiento de la partería se fortalece mediante la observación y la práctica directa con mujeres en situaciones de parto, muchas veces obligado por las circunstancias, frecuentemente debido a la falta de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, la señora Petrona cuenta: “Mi hija estaba embarazada, y como no había hospitales, yo recibí al bebé. Y desde ese momento comencé a practicar la partería hasta ahorita” (E11).

La mayoría de las entrevistadas refiere haber aprendido “solas”, atreviéndose a actuar cuando fue nece-

sario: “No me enseñaron; fue el valor”, explica con orgullo doña Teresa (E3); por su parte, la señora Tomasina explica: “La partería, nadie me enseñó. Así nomás, apoyando a la muchacha que llegó a mi casa” (E2). No obstante, al profundizar en sus relatos, en muchos casos, sí se identifica una tradición familiar de un linaje dedicado a la partería, con un proceso de aprendizaje vinculado principalmente a la observación. Por ejemplo, doña Juana relata: “Cuando lo hacía la finada de mi mamá, yo salía con ella. Ahí fui aprendiendo. Pero más que nada, fue el sueño que me enseñó.” (E7).

En este proceso, el saber se consolida con base en la experiencia acumulada y el reconocimiento progresivo por parte de la comunidad. La partera Otilia afirma: “Solita lo aprendí. Yo creo que por eso me gusta mi trabajo. Y ahora ya me buscan, porque ya saben que yo atiendo” (E4). Es un aprendizaje que se valida socialmente a través de las estructuras comunitarias, como en el caso del señor Feliciano, quien, sobre su oficio de partero, explica: “Así nomás lo aprendí por necesidad. Fue una orden de la asamblea” (E15). En algunos casos, la responsabilidad de ser partera de la comunidad se adquiere por un encargo de otras parteras: “Había una paciente que

no tenía quien la atendiera y había una viejecita. Esa viejecita me dijo: ‘Hazlo porque tienes que aprender’. Y yo le dije: ‘No puedo, no sé’. Pero nada más me enseñaba así con señas con su manita. Así fui a atender”, detalla doña María Luisa (E10). En general, el proceso se relaciona de alguna manera con la herencia familiar, como en el caso de don Feliciano, que relata: “Así lo dijo mi mamá: que cuando ella muriera, yo iba a quedar” (E15); sin embargo, aunque otras parteras hayan transmitido consejos o encargado la continuidad del oficio, el saber no se construye por una enseñanza formal, sino por el hacer cotidiano: “Como lo vi que hizo una partera, sólo lo vi, no es que me enseñó, sólo lo vi cómo lo pepenó el bebé, cómo lo agarró. Y ahí, ya solita empecé a atender”, detalla la señora Manuela (E9).

Este sistema constituye una forma de garantizar la continuidad y la seguridad de los cuidados, siempre que se mantenga dentro del marco cultural que lo sustenta. La tradición no debe entenderse como ausencia de conocimiento técnico, sino que es un sistema propio de regulación de prácticas, cuyas certezas provienen de la experiencia acumulada y la memoria colectiva (6). No se trata de idealizar estos saberes, sino que basta con reconocer que existen formas diversas de construir conocimientos clínicos y de sostener el cuidado, y que la eficacia de estos sistemas no puede ser medida únicamente con los criterios de la medicina institucional. Comprender esta diferencia epistemológica es indispensable para analizar los desafíos que enfrentan las parteras al interactuar con los servicios de salud.

Relaciones con el sistema de salud

La mayoría de las parteras describe su relación con el sistema de salud como una experiencia marcada por la desconfianza, el maltrato y la descalificación de sus saberes. En su experiencia cotidiana, al llegar a una unidad médica, lo primero que deben hacer es justificar su presencia y, cuando el personal les permite el ingreso, suele hacerlo de manera condicional, relegándolas a la sala de espera, todo mientras el estado de salud de las pacientes se complica. Al respecto, el testimonio de doña Angélica:



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

A veces llegamos y, por la prisa, no traemos nuestra credencial. No nos quieren dejar pasar por lo mismo. Lo que quiero yo es que nos entiendan. [...] Si yo no traigo mi credencial, deben dar paso rápido al paciente, porque trae complicaciones (E1).

Aunque para las parteras el imperativo de salvar a la madre y al bebé prevalece sobre los requisitos administrativos. En cambio, el sistema institucional de salud suele priorizar el cumplimiento del papeleo, lo que prolonga los tiempos de atención y coloca a la partera y, sobre todo, a las pacientes y sus bebés en una posición de vulnerabilidad. El resultado es una tensión perma-



nente frente a la que las parteras deben desarrollar estrategias. Por ejemplo, la señora Tomasina narra:

Yo la traigo y le digo al doctor: “aquí traigo a mi paciente, ya está para tener a su bebé”. Y me dicen: “espere, siéntese ahí, espérese”. Pero ya está para aliviarse. [...] Si no quiere, me la llevo y voy a tomar foto de cómo me estás hablando y la voy a subir al Facebook”. Y entonces ya, rápido, la atienden (E2).

Tampoco existe un canal estable para el intercambio de información clínica; por lo contrario, las parteras relatan experiencias en las que se les responsabiliza por

las complicaciones ocurridas durante los partos. Esto podría explicar que, cuando se les pregunta si conocen la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, la perciban más como una amenaza o una posible fuente de sanciones en caso de que algo salga mal, y no como un respaldo a su labor. El relato de la señora Tomasina ilustra cómo las parteras conviven con el sistema de salud:

El doctor dijo que tenía la placenta adelantada, que eso es un riesgo, que se podía morir la bebé o la mamá. Por eso la entregué en manos del doctor. Y aun así me estaban culpando a mí, pero yo la traje desde que llegué a su casa. Y ahí sí estoy de acuerdo con los doctores, porque ellos saben cómo viene la criatura, cómo nace. Pero aun así me querían culpar, y yo no lo acepté.

Esta desconfianza se combina con la percepción de la desigualdad en las condiciones en las que ejercen su labor las parteras tradicionales y el personal de salud. En primer lugar, en lo que se refiere al salario: “Como yo digo, ellos tienen quincena, ¿y por qué rechazan a los enfermos? Nosotros no tenemos quincena, no tenemos dinerito, pero así ayudamos a la persona” (E2). En segundo, en cuanto al acceso a los materiales, pues atienden partos en sus casas o en las viviendas de las mujeres, sin acceso a equipo médico ni espacios preparados. Usan toallas, tijeras y materiales que ellas mismas compran o que tienen a la mano: “Lo que yo uso a veces es una báscula del negocio, porque vendo pollo destazado, y ahí mismo peso a las criaturas que voy atendiendo” (E2).

En esta tensión no todo es desencuentro, pues también hay testimonios que muestran que la articulación es posible, aunque todavía depende de relaciones personales más que de un protocolo formal. Juana explica: “Hablo directamente a la doctora y me envían una ambulancia” (E7), mientras que Angélica narra: “Ya hicimos un WhatsApp, un grupo, para que cuando hay complicaciones avisamos al enfermero o a la doctora de acá. Directamente ya lo podemos traer aquí” (E1). Las parteras coinciden en su disposición y deseo de colaborar más directamente con los hospitales, pero no desde una posición de subordinación, sino a partir del reconocimiento mutuo de saberes y capacida-

des: “Lo que la partera no sabe, ya lo sabe el doctor. Y lo que el doctor no sabe, también nosotras lo sabemos. Por eso hay que compartir” (E1).

Las experiencias de las parteras que se recuperaron para este trabajo convergen con lo que Iván Sarmiento, Sergio Paredes-Solís, Abraham De Jesús-García y Nadia Maciel-Paulino reportan en un estudio que se llevó a cabo en el estado de Guerrero, México, en 2017 (7). Lejos de tratarse de una coincidencia, bien puede afirmarse que la reiteración de relatos semejantes en dos estados y momentos distintos refleja un racismo estructural que tiñe la práctica clínica y niega los saberes indígenas. No obstante, las entrevistadas no se conciben en oposición al sistema; por el contrario, las 16 expresaron su disposición y deseo de recibir e impartir capacitaciones, así como de participar en asambleas en las que se hable de partería.

En conjunto, las reflexiones de las parteras recuperadas en las entrevistas evidencian con claridad un conjunto de barreras institucionales que profundizan la desigualdad sustantiva que enfrentan las mujeres indígenas al buscar atención obstétrica. Revertir esta situación requiere transformaciones culturales y estructurales profundas. No obstante, reconocer formalmente a las parteras, simplificar los trámites y establecer protocolos que garanticen una atención respetuosa son pasos indispensables para que el IMSS Bienestar avance hacia un modelo de atención que reconozca la pluralidad médica y, de manera gradual, permita construir un sistema de salud verdaderamente intercultural.

CONCLUSIONES

Esta breve sistematización de las voces de parteras tradicionales confirma que la exclusión histórica de la partería tradicional continúa y profundiza las desigualdades sanitarias que enfrentan las mujeres indígenas, particularmente en Chiapas. Al brindar atención culturalmente pertinente y continua, las parteras tseltales suplen deficiencias estructurales del sistema formal de salud. Sin embargo, la falta de reconocimiento jurídico, la burocracia y las prácticas discriminatorias limitan su contribución. Desde la perspectiva de las determinantes sociales de la salud, tales barre-

ras reproducen el riesgo diferencial de morbilidad y mortalidad materna.

Integrar plenamente a las parteras en la atención primaria exige, en primer término, su identificación como proveedoras de salud, cuyo reconocimiento comunitario respalda su destreza y conocimiento acumulado. Segundo, es necesario definir un protocolo de derivación respetuosa que reconozca la pluralidad médica y simplifique trámites. Tercero, se requiere formación para el personal biomédico y de apoyo en establecimientos de salud encaminados a derribar prejuicios y estereotipos respecto de las medicinas tradicionales y sensibilizar sobre la importancia del trato respetuoso. Aplicar estas medidas permitirá avanzar hacia un modelo de atención primaria que reconozca la pluralidad médica, reduzca brechas de acceso y contribuya al cumplimiento del mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud para todas las personas.

REFERENCIAS

1. Bonfil Batalla G. *México profundo: una civilización negada*. 1. ed. México: Secretaría de Educación Pública; 1990.
2. Bautista Jiménez ER, López Arellano O. *Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado: dispositivos biopolíticos en salud*. *Salud Problema*. 2017;11(21):28-53.
3. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. *Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research*. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13: 117. doi:10.1186/1471-2288-13-117
4. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):109-18. doi:10.1590/1413-81232015211.20252015
5. Campos Navarro R, Sánchez García C, Tascón Mendoza JC. *Medicinas indígenas y afromexicanas: una aproximación diagnóstica*. México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas / Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad; 2024.
6. Reyes-García V. *The relevance of traditional knowledge systems for ethnopharmacological research: theoretical and methodological contributions*. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2010; 6:32. doi:10.1186/1746-4269-6-32.
7. Sarmiento I, Paredes-Solís S, De Jesús-García A, et al. *Traditional midwifery contribution to safe birth in cultural safety: Narrative evaluation of an intervention in Guerrero, Mexico*. *BMJ Glob Health*. 2022;7(10): e009604. Doi: 10.1177/0272684X221120481