ANTROPOLOGÍA

PARTERÍA

ANTES DE QUE SEA TARDE. ESTATUS DEL USO DE LA PARTERÍA TRADICIONAL EN HIDALGO MEDIANTE EL ANÁLISIS LONGITUDINAL Y DE SERIES DE TIEMPO

*Dr. Felipe de Jesús Cenobio García

**Dra. Alma Lidia de la Vega Sánchez

*Área Académica de Sociología y Demografía, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México. felipe.cenobio@gmail.com

**alma.vega.sanchez@gmail.com

Recibido: 1 de noviembre de 2023.

Aceptado: 1 de diciembre de 2023. .

Resumen

La partería tradicional tiene una presencia muy importante en México. A nivel nacional se ha documentado un aumento en los nacimientos atendidos por parteras durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021); sin embargo, se desconoce su comportamiento en el Estado de Hidalgo. **Objetivo**: Analizar el comportamiento y características de los nacimientos atendidos por parteras en el estado de Hidalgo, a través de dos fuentes de información. **Metodología**: Se analizaron dos fuentes de información de datos abiertos: la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER 2017) y el Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). La EDER 2017 realizó un análisis por generaciones considerando 4 cohortes, con la base de datos del SINAC se construyó la serie de tiempo (2012-2022). **Resultados**: Se encontró una abrupta disminución en el porcentaje de partos atendidos en casa o con parteras conforme las generaciones son más jóvenes, al pasar de 20% en la generación 1962-1967 a 4% en la cohorte 1988-1997. El SINAC muestra que la atención por parteras aumentó durante la pandemia, al pasar de aproximadamente 300 nacimientos en 2018 y 2019 a cerca de 400 durante 2020 y 2021; este incremento corresponde a población no indígena, pero en 2022 la atención por parteras disminuyó a los niveles previos a la pandemia.

Palabras clave: Parteras. Nacimientos. Pandemia. Pueblos indígenas.

Abstract

This document

Traditional midwifery has a very important presence in Mexico. At the national level, an increase in births attended by midwives has been documented during the COVID-19 pandemic (2020 and 2021); however, its behavior in the state of Hidalgo is unknown. **Objective**: Analyze the behavior and characteristics of births attended by midwives in the state of Hidalgo, through two sources of information. **Methodology**: Two sources of open data information were analyzed: the Retrospective Demographic Survey (EDER 2017) and the Birth Information Subsystem (SINAC). The EDER 2017 carried out an analysis by generations considering 4 cohorts, and a time database was constructed with the SINAC data (2012-2022). **Results**: An abrupt decrease was found in the percentage of births attended at home or with midwives as the generations get younger, going from 20% in the 1962-1967 generation to 4% in the 1988-1997 cohort. SINAC shows that care by midwives increased during

the pandemic, going from approximately 300 births in 2018 and 2019 to around 400 during 2020 and 2021; this increase corresponds to the non-indigenous population, but in 2022 care by midwives decreased to pre-pandemic levels.

Keywords: Midwives. Births. Pandemic. Indigenous people.

Introducción

La partería tradicional, aunque secundarizada, tiene una presencia muy importante en México. Los antiguos aztecas reconocían a la *Tlamatquiticitl* como una mujer con un gran prestigio social por el impacto de su trabajo en el cuidado de la salud y estabilidad de la familia. Era una especie de sacerdotisa con amplios conocimientos del cuerpo y de la mente, así como de la utilización de plantas medicinales, que no sólo se preocupaba por la salud física de la embarazada sino también por su salud mental. Uno de los requisitos para lograr ser *Tlamatquiticitl* era ser mujer y acreditar sus destrezas correspondientes. La partera azteca cumplía un rol de suma importancia dentro de su comunidad y este hecho era reconocido por los demás, tomando en cuenta la atención en el embarazo, parto y la vigilancia del niño recién nacido (Ramírez, 2001).

Durante la conquista española, la partería tradicional fue restringida y se fue perdiendo mucho del conocimiento, estableciendo regulaciones específicas de la medicina la farmacia y la obstetricia. Para 1840, en México se estableció el Reglamento Postcolonial de Enseñanza Médica, ejecutándose durante ese siglo las respectivas regulaciones para el ejercicio médico. Fue hasta inicios del siglo XX que ocurren grandes avances en torno a la obstetricia y se presentan ante la Academia Nacional de Medicina aspectos sobre mortalidad de la primera infancia a la par de estos eventos la enfermería profesional en México iba en crecimiento y se le asignaba principalmente a la enfermería la atención de la embarazada; sin embargo, la partería tradicional carecía de fortalecimiento, lo que daba cuenta de la importancia de retomar modelos tradicionales, así como alternativos para atención del embarazo y de la persona recién nacida, considerando la inequidad en el acceso de los servicios de salud en el país (Alfaro et al. 2006). Se vio un cambio en esto:

> …hasta en la segunda mitad del siglo XX, cuando los movimientos etno-políticos comenzaron a adquirir mayor protagonismo en la problemática de los países de América Latina, como resultado de un largo proceso de lucha y organización. Dichos movimientos expresaban nuevas formas de participación política y planteaban una relación distinta entre los indígenas y el Estado (Reynoso, 2013, p. 333: 334).

Los avances en el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, tanto en el plano internacional como en el nacional, han sido el fruto de un largo camino de luchas y reivindicaciones a través del cual estos han ido posicionando sus derechos en instrumentos internacionales y en la institucionalidad de los Estados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2014). Alrededor del mundo y en toda América Latina, las identidades raciales y étnicas se vuelven progresivamente más significativas para las minorías y las mayorías, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales. Los temas relacionados con la raza y la etnicidad adquieren mayores dimensiones, aunque alguna vez fueron considerados en declive y destinados a la disolución debido a la modernización política y económica, según Wade (2000), quien agrega que, a la par, comienza a visibilizarse la violencia que sufren los pueblos originarios en distintos Estados, principalmente aquellos en conflictos de desarrollo, por lo que la literatura e investigaciones se vuelcan a evidenciar las necesidades de los pueblos originarios en materia po-

lítica, social y económica, y que al mismo tiempo, se realizan acuerdos internacionales con la intención de erradicación de la discriminación contra la mujer, como lo fue la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés, en 1979) y también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará", 1994). Para el nuevo milenio en el nivel local se evidenciaron las necesidades de cambio para evitar actos de violencia y discriminación en contra de las poblaciones más vulnerables como son los pueblos indígenas y las mujeres, instando a reformas legales, así como investigaciones para reconocer evoluciones de los problemas sociales que fueron relegando a las personas vulnerables en el Estado mexicano. Se agrega que en el caso específico de la partería tradicional, el marco legal reconoce convenios internacionales, leyes y reglamentos nacionales como:

- La Declaración de Alma Atta (1978).
- El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989).
- La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979).
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará") (1994).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Ley General de Salud.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Cabe mencionar que, siguiendo a Menéndez[1] (2020), a la par de estas normativas, en el Estado mexicano se han realizado diversas contribuciones teóricas sobre la historia, el estado actual y el futuro de la partería tradicional; no obstante, su vinculación en la toma de decisiones públicas no ha sido de mayor trascendencia, ya que las investigaciones revisadas muestran que no se ha comprendido a la interculturalidad como "algo" que se implementa, no es una mera abstracción para legitimar los discursos de los grandes tomadores de decisiones. El término se apega al marco legal cuando se reconoce a México como una nación pluricultural, siendo sus pueblos indígenas descendientes de las poblaciones originarias previos a la colonización, por lo que se destaca la prevalencia y conservación de sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas. Sin embargo, dicho término se ha utilizado indiscriminadamente para fundamentar políticas públicas enfocadas a la población indígena, pero éstas han carecido del elemento esencial de la interculturalidad que es la interacción entre diversas culturas de forma sinérgica, respetuosa y principalmente de tipo horizontal, es decir, una relación en la cual no existe una jerarquización epistemológica, por lo que la socialización del conocimiento se da mediante diversas vías, porque se reconoce al otro como poseedor de conocimiento, diferente, pero que permite el desarrollo de modelos que se adecuen a las necesidades reales de las comunidades en las que se está inmerso. Sin embargo, la partería en el ámbito de los servicios de salud se ha enfocado a la capacitación, desde la medicina occidental y a la integración

[1]Menéndez (2020) aborda esta temática, en la cual argumenta cuestiones referentes al biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y aborda temas curativos y preventivos y también de normatización, control y legitimación.

de las mismas al modelo médico hegemónico, como se muestra en la siguiente revisión de la literatura.

Antecedentes

El ámbito de la salud del Estado mexicano no se queda exento de la aplicación de los diversos conocimientos comunitarios y tradicionales en materia de salud materna, como lo es el caso de las parteras tradicionales para la atención de la mujer embarazada y de la persona recién nacida. Cabe mencionar que el respeto de la interculturalidad se vincula con el reconocimiento y aceptación de la cosmovisión del otro; en este sentido, ir más allá de una perspectiva biomédica al hablar de la salud, así como el reconocimiento lingüístico del otro.

En el ámbito internacional, también se han desarrollado análisis, investigaciones e informes para dar cuenta de la realidad de la partería tradicional. Tal es el caso de Australia, en donde Kildea et al. en 2016 destacaban la necesidad de mejorar los servicios maternos para las usuarias, subrayando que las políticas se encuentran desarrolladas; sin embargo, están lejos de ser aplicadas en la práctica. Los autores realizaron un análisis del Plan Nacional de Servicios de Maternidad de Australia 2010-2015, en el que se reconoció la necesidad de la partería indígena y que ésta deberá incidir positivamente en la salud de las madres y de las personas recién nacidas, con el objetivo de elevar el rango de peso de nacimiento de la población indígena, que se encontraba por debajo de la media nacional. Empero, existe la crítica de que el tiempo del plan expiró sin resultados notables, en a pesar de que se buscaba generar un impacto.

En otras latitudes, como es el caso de Bolivia, Cole (2021) destacaba aspectos estructurales para que la partería indígena y la salud intercultural no diera los resultados adecuados en un país plurinacional como Bolivia, en el cual su población indígena asciende a 60%, así como 69% de la población era de tipo urbana, por lo que el ser indígena no se limitaba a vivir en comunidades rurales. Sin embargo, los aspectos estructurales que reconoce este autor son el machismo y el racismo, por lo que hace dos tipos de análisis, uno de corte cualitativo y uno de corte cuantitativo; con este último desarrolla un coeficiente de correlación entre la muerte materna y el machismo, desglosándolo en variables como educación y fuerza laboral. A pesar de ello, el autor destaca que su estudio se encuentra limitado para ser explicativo, destacando que su análisis cualitativo es de mayor ayuda derivado de la teoría del capital social y de cómo el machismo repercute en las opiniones que reciben las mujeres para que sean limitadas de tomar sus propias decisiones de cómo quieren ser atendidas, incluso esto derivando en violencia. Si bien los argumentos son desarrollados de forma lógica, el estudio requiere de mayores elementos en la parte cuantitativa para obtener resultados más certeros. Cabe señalar las limitaciones que van más allá del marco legal, ya que es un Estado plurinacional, a diferencia de México, que únicamente se reconoce como pluricultural.

Algunos otros autores han intentado comprender las barreras en conjunto, es decir, identificando variables en América Latina. Tal es el caso de Castro et al. (2015), quienes realizaron un estudio fundamentado en revisión bibliográfica de 2000 al 2015. Se encontró algo común en estudios de este tipo sobre la discriminación desde las instituciones de salud (proveedores de los servicios de salud) en América Latina en contra de las personas indígenas y afrodescendientes, barrera importante para el acceso a una atención de salud de calidad; si bien este estudio no es únicamente sobre la partería tradicional, destaca el problema principal de tipo estructural que es la discriminación. Algunas de estas prácticas son la culpabilización de la paciente, negligencia, abuso

físico o psicológico, menosprecio del conocimiento tradicional y creencias y falta de uso del idioma de la persona usuaria de los servicios. Esto se vincula directamente con lo ya comentado de Sadler (2004), sobre la violencia institucional.

Otro estudio sobre Bolivia, que abarcó más aspectos que el anterior y que pretende responder a la pregunta *por qué las mujeres que viven en comunidades rurales usan (o evitan) los servicios de salud materna,* desde un enfoque cualitativo, utilizando como herramientas de recolección de información entrevistas semi estructuradas cara a cara, grupos focales, así como entrevistas etnográficas con guías establecidas previamente (Banco Mundial, 2020). Nuevamente, no es específico de la partería tradicional, pero habla de las limitaciones que encuentran las mujeres indígenas en el acceso a los servicios de salud materna en un país plurinacional, reconociendo las deficiencias en el sistema de salud y su calidad, así como la urgencia de mejora para satisfacer las necesidades de las personas usuarias de los servicios, tomando en cuenta la interculturalidad en salud; también se destaca la trascendencia de implementar intervenciones para cambiar normas sociales y actitudes de la comunidad y de los hogares (punto cultural y de tipo estructural). Nuevamente, se establecen pautas de lo que puede hacerse, pero también hay que reconocer que su implementación no se da de un día para otro, por lo que aún está pendiente su evaluación.

Para el caso mexicano, en 2022 se publicó un informe sobre la situación actual de la partería tradicional en México denominado *Situación actual de la partería indígena en México. Informe Final. Chiapas, Guerrero y Oaxaca* (Sesia y Berrio, 2022), en el cual se establece la importancia de la partería tanto en las comunidades rurales y urbanas; no obstante, se reduce a un estudio únicamente en tres entidades federativas de México, haciendo necesario un estudio generalizado de la situación, así como evidenciar en cada Estado de México, con sus poblaciones indígenas específicas, lo que ocurre con la partería tradicional, así como el futuro de ésta. Tal es el caso del Estado de Hidalgo, en el cual convergen diferentes etnias, pues cohabitan los "pueblos otomíes, tepehuas, nahuas y mestizos como resultado de un proceso histórico de colonización y evangelización de frailes agustinos" (Ignacio, 2022) aunado a los procesos migratorios e intervenciones estatales. En Hidalgo se tiene, pues, una situación pluricultural, plurilingüe, principalmente compuesta por pueblos Nahuas, Otomíes, Tének, entre otros (Ley de derechos y cultura indígena para el Estado de Hidalgo, 2019).

Las observaciones generales de Sesia y Berrio (2022) fueron:

- Marco normativo que reconoce la autonomía de los pueblos indígenas; sin embargo, los conocimientos tradicionales indígenas de partería deben contemplarse dentro de un sistema de salud del Estado Mexicano.
- Restricción de la partería tradicional.
- Falta de claridad en el proceso de los certificados de nacimiento; en la realidad éste "se convierte en un instrumento de dominio exclusivo del personal de salud" (p. 24
- Discriminación, humillación y mal trato hacia las parteras por parte del personal de salud.
- Registro y reconocimiento ante la Secretaría de Salud da mayor "credibilidad" a la partera tradicional ante las usuarias y las instituciones.
- Capacitaciones que no necesariamente reconocen los derechos lingüísticos de las parteras tradicionales y enfocadas en los conocimientos biomédicos de tipo occidental.

- Necesidad de recursos para la atención de las embarazadas y de la persona recién nacida.
- Espacios en donde se trabaja hacia la interculturalidad y el fortalecimiento la partería tradicional como en Chiapas y Guerrero, pero otros espacios como en Oaxaca en donde se dan epistemicidios.

Específicamente sobre el rol de las parteras tradicionales durante la pandemia generada por la COVID-19, Sesia y Berrio (2022) destacaron "el incremento en la demanda de atención con parteras y también la respuesta positiva de las parteras hacia las gestantes" (p.41); así como que las parteras tradicionales "no consideraron el virus un obstáculo para seguir atendiendo y el seguimiento a las embarazadas no se puso en cuestión" (p.41). Se evidencia así su compromiso y disponibilidad con la atención materno-infantil. En el caso de Chiapas y de Oaxaca se logró distinguir que se brindó atención por parte de parteras tradicionales a mujeres mestizas y extranjeras, incluso se reactivó la atención por parteras tradicionales que ya no atendían "y ahora siguen atendiendo, pero necesitan capacitaciones, espacios para atender, que las capte la organización, actualizarse etc." (p. 42). Otro aspecto fue que también implementaron medidas de prevención, como fue el uso de cubrebocas, gel antibacterial, recepción únicamente de embarazada o con un solo acompañante. Pero "no reportaron haber recibido materiales de protección por parte del sector salud" (p.41), únicamente recibieron apoyo por parte de organizaciones externas, mencionando la necesidad de material como guantes, gel y cubrebocas.

En el 2023, Sesia y Berrio actualizaron su informe y lo ampliaron, analizando la situación actual de la partería en seis entidades federativas de México: Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Quinta Roo y Yucatán. Si bien se estudiaron más Estados y se lograron identificar barreras y demandas tanto del personal de salud como de las parteras tradicionales, entre las cuales se destacan las barreras lingüísticas, recursos limitados de las parteras, que el personal de salud consideraba que existe resistencia de las parteras a vincularse con dicho sector, la edad y alfabetización de las parteras, falta de personal y cambios constantes, que no se reconocen los conocimientos tradicionales desde la cosmovisión occidental, la saturación laboral del personal, que las certificaciones no son autónomas sino que las instituciones de salud evalúan a las parteras, además de discriminación, maltrato, desconocimiento de los derechos de las parteras y de la normativa, y falta de reconocimiento al trabajo de las parteras. Se comenta, pues, la necesidad de reconocer el trabajo de la partería tradicional en menciones institucionales, es decir, institucionalizar formalmente a la partería tradicional sin que ésta pierda su autonomía (desechar la subordinación) de las bases de su conocimiento y de la manera en que esta se preserva, además de hacer énfasis en que las diversas entidades del Estado mexicano deben vincular en el sector salud el fortalecimiento de la partería.

Así como estos esfuerzos para dar cuenta del estado actual de la partería tradicional en México, existen diversos documentos de organizaciones vinculadas con el sector salud en las que se aborda el tema con la principal intención de expresar la importancia de su fortalecimiento y de fundamentar su implementación desde la interculturalidad en salud. Por ejemplo, en 2001, Ramírez documentó la evolución del cuidado materno infantil, estableciendo una línea del tiempo y la evolución de la partería tradicional en México, desde la figura de la mencionada *Tlamatquiticitl* azteca, la restricción de su práctica durante la conquista española, así como el avance de la profesionalización de la enfermería en México durante el siglo XX, pero lo medular de dicha investigación fue destacar las deficiencias del cuidado materno-infantil en México a través de su evolución temporal, puesto que la reducción de

muerte materna continuaba situándose lejos de los objetivos establecidos en los ámbitos internacional y nacional.

Un abordaje similar, mas no igual, ha sido desde la perspectiva histórica, en la cual también se hace énfasis en la importancia de la conservación de la salud de la mujer embarazada, tanto de la madre como de la persona recién nacida; ahí tienen cabida las cosmovisiones indígenas sobre la salud de la mujer y el embarazo, vinculándolo con "evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible" (Alfaro et al., 2006, p. 5). Se toma como fin la optimización de las personas usuarias de los servicios de salud y evitar las muertes maternas, dando cabida a la necesidad de recuperación de modelos tradiciones y de tipo alternativo, como lo es la partería tradicional, ya que las cosmovisiones podrán ser diferentes, pero el fin último es el mismo.

Otro informe de carácter reciente y específicamente sobre la partería tradicional en el Estado de Hidalgo, de la Sierra Otomí Tepehua, evidenció la "violencia epistémica institucional" (Ignacio, 2022). Esta aproximación se da desde una perspectiva metodológica de tipo cualitativo en el que las personas sujetas de estudio dan cuenta de su realidad como parteras tradicionales; la autora también asistió a talleres organizados por la Jurisdicción Sanitaria correspondiente para documentarse, y consideró que la población objetivo se encuentra en un alto grado de marginación, en donde convergen lenguas como el náhuatl, otomí y tepehua, además de destacar lo que otros autores ya han reconocido, que es la reducción de la práctica y la edad superior a los 55 años de las parteras tradicionales.

También se aborda la falta de pertinencia cultural de las políticas públicas en el Estado mexicano, ya que se considera que en un hospital hay una mínima probabilidad de muerte materna (Ignacio, 2022), lo que implica limitaciones de los derechos culturales y reproductivos de las mujeres indígenas. Agrega una ruptura intergeneracional de conocimientos, reconociéndolo como epistemicidio simbólico, práctico y material.

Algunas de las limitaciones y barreras reconocidas por las mismas personas sujetas de estudio son: la desacreditación del trabajo con las usuarias ante la comunidad, así como el miedo de ir a la cárcel en caso de la muerte del bebé, lo que ha generado que muchas parteras tradicionales tengan más de seis años sin atender partos, derivando así en lo que se denomina la "injusticia epistémica", en la que el conocimiento de las parteras tradicionales no es reconocido, y que los demás autores también han desarrollado sus argumentos. Radi y Pérez (2019) la definen como una injusticia a la que se enfrenta este conocimiento por la falta de credibilidad de la medicina tradicional y que es de carácter estructural.

Lo anterior también ha sido revisado específicamente como parte de la violencia institucional que obedece a la supremacía o jerarquización del conocimiento biomédico sobre el conocimiento tradicional, pues Sadler (2004) destaca que:

> El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas (p.2).

En este sentido, el conocimiento médico occidental se denomina el conocimiento autoritativo, ya que son los conocimientos y saberes con mayor grado de legitimidad para dar explicación a los fenómenos, pero también son un reflejo de las relaciones de poder existentes en el Estado, Mercado y Sociedad, por lo que redunda en los centros hospitalarios. Aquí es donde la problemática se acrecienta, pues:

> … las mujeres [quedan] aisladas, sin sus redes sociales de apoyo, en un mundo médico especializado donde sus estrategias de comunicación habituales quedan inhabilitadas, y donde se privilegia la participación de personal alópata. Esto significa y tiene directa relación con el hecho de que el parto sea concebido fundamentalmente como un proceso fisiológico y patológico (Sadler, 2004, p. 8)

A partir de lo anterior, es evidente que la fundamentación teórica existe, así como informes sobre estados actuales, y recomendaciones derivadas de éstos que se mencionan en el presente texto. Pero al reconocer la posible desaparición de la partería tradicional, más allá de recomendaciones, se necesitan líneas de acción en cada contexto específico, tomando en cuenta las cosmovisiones de las poblaciones que convergen en las entidades federativas, como lo es el Estado de Hidalgo, porque no existen aproximaciones generalizadas si las variables expuestas en las recomendaciones cambian. Es decir, se necesita mayor investigación y líneas de acción vinculadas a las políticas públicas locales en el que la interculturalidad no sea un mero discurso político sobre el reconocimiento público de la diversidad, sino que permite que la violencia institucional continúe perpetuándose. Se destacan, entonces, elementos que son innegables para el estudio de la partería tradicional, como la discriminación, el machismo, así como las políticas públicas y leyes en la materia.

Los retos actuales para la partería tradicional en México y para el caso específico de Hidalgo, hacen necesario su investigación a profundidad desde diversas perspectivas metodológicas, desde diversas disciplinas, como lo es el Trabajo Social, así como desde los contextos específicos. Lo anterior para estar en la posibilidad de incidir a través del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud adecuadas al contexto de cada entidad federativa. Para ello, es preponderante rescatar y analizar el papel fundamental de las parteras tradicionales en la salud de las mujeres y de las personas recién nacidas, así como enfocar estudios a la necesidad de armonización del marco legal y normativo, y la vigilancia de su implementación. Aunado a lo anterior, se considera importante partir desde el derecho de las parteras tradicionales para ejercer como tales, así como sus grandes limitaciones económicas. También el reconocimiento del conocimiento tradicional indígena es una piedra angular para su implementación, y su trasmisión intergeneracional para que se brinde la posibilidad de socializar todo su conocimiento para su rescate; hay que recordar que en la pandemia incluso personas no indígenas optaron por atenderse con parteras tradicionales, como ya se ha comentado en este artículo. Esto da la posibilidad de rescate tanto de la partería tradicional como de los conocimientos ancestrales de las diversas etnias del Estado mexicano, siempre y cuando la pertinencia cultural sea considerada un fundamento real para su práctica, y tomando en cuenta los contextos de cada entidad federativa. Este estudio es, entonces, un primer acercamiento que busca contribuir al conocimiento del fenómeno en Hidalgo, quinto lugar nacional en la proporción de hablantes de lengua indígena, con 12.3% de su población de 3 años y más de edad, con respecto a 6.1% nacional.

Metodología

Se analizaron dos fuentes de información con datos abiertos; la primera: la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER 2017), la cual está diseñada para dar resultados a nivel nacional. Para la EDER 2017 se realizó un análisis por generaciones considerando 4 cohortes. La EDER fue levantada del 3 de julio al 31 de diciembre de 2017 por el INEGI en territorio nacional, con el objetivo de recolectar información sobre la naturaleza temporal de procesos sociodemográficos tales como migración, educación, trabajo, nupcialidad, arreglos residenciales, fecundidad y

mortalidad, así como anticoncepción y discapacidad; es decir, se colecta información sobre la historia de vida las personas de 20 a 54 años; cabe aclarar que la EDER se ha levantado en tres ocasiones en México, en 1998, en 2011 y en 2017. La segunda fuente es el Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC); se analizaron los años que comprenden el periodo de 2012 a 2022. Esta base de datos se genera a partir de los certificados de nacimiento. Desde septiembre de 2007, el certificado de nacimiento se instituyó como un formato único de carácter nacional de expedición obligatoria y gratuita, individual e intransferible que permite registrar el nacimiento de una persona nacida vida y de las circunstancias de ocurrencia.

Resultados

Tabla 1. *Nacimientos atendidos en casa o por parteras, proporciones por cohorte de nacimiento, México.*

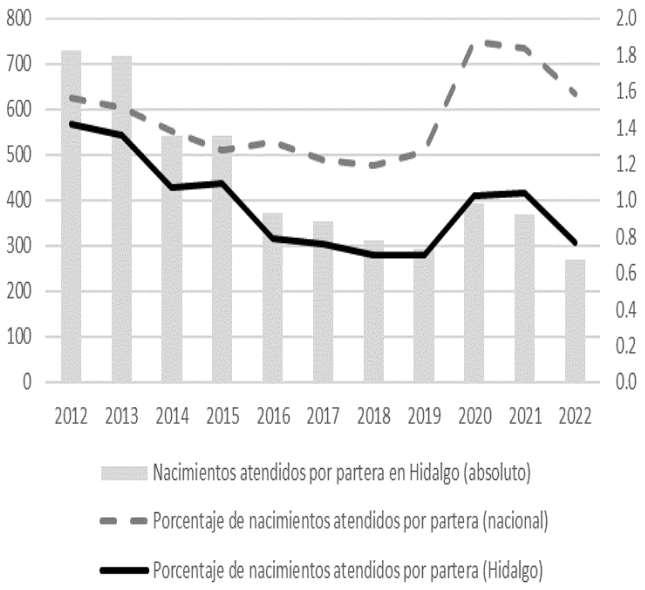
	Cohorte 1962-1967	Cohorte 1968-1977	Cohorte 1978-1987	Cohorte 198
Primer hijo nacido vivo	69877	121258	78965	22236
Casa o partera	13641	13722	5539	875
% parteras	20%	11%	7%	4%
segundo hijo nacido vivo	57175	88778	48651	8391
Casa o partera	11938	10972	3942	479
% parteras	21%	12%	8%	6%
tercer hijo nacido vivo	37447	48996	21398	2066
Casa o partera	8400	7674	2022	197
% parteras	22%	16%	9%	10%

Fuente: elaboración propia con base en datos de la EDER 2017.

Si bien los datos de la EDER no tienen representatividad estatal, permiten conocer los nacimientos atendidos por parteras por cohortes. Para tener este acercamiento en la EDER, se pregunta: ¿en dónde fue atendido el parto?, y para el análisis, parte de la respuesta *en su casa particular o casa de la partera*. Los resultados son los siguientes: en la tabla 1 se observa una abrupta disminución en el porcentaje de partos atendidos en casa o con parteras conforme las generaciones son más jóvenes, al pasar de 20% en la generación 1962-1967 a 4% en la cohorte 1988-1997. Es decir, entre las mujeres que tenían entre 50-55 años al momento de la encuesta y las que tenían entre 25 y 29 años.

Es de resaltar que la proporción de nacimientos atendidos por parteras muestra un ligero porcentaje de aumento en cada generación conforme aumenta el número de hijos nacidos vivos. Por ejemplo, en la cohorte 1962-1967, la proporción de nacimientos atendidos en casa o por parteras es de 20% cuando se trata del primer hijo, 21% en el caso del segundo hijo y de 22% cuando es el tercer hijo. Esto ocurre en las cuatro cohortes analizadas; sin embargo, el aumento es mayor en las cohortes 1968-1977, al pasar de 11% la atención por parteras cuando se trata del primer hijo y de 16% cuando se trata del tercero. Para la generación 1988-1997 el aumento va de 4% a 10% cuando corresponde al primer y tercer hijo respectivamente.

Gráfica 1. *Nacimientos atendidos por parteras, porcentaje (escala derecha) y absoluto (escala izquierda)*



Fuente: elaboración propia con base en datos del SINAC (2012-2022).

Con respecto a los datos estatales, el SINAC muestra que la atención por parteras aumentó durante la pandemia por COVID-19, al pasar de aproximadamente 300 nacimientos en 2018 y 2019 a cerca de 400 en 2020. En la serie de tiempo se observa un comportamiento estatal acorde al nacional, a diferencia de un pequeño aumento ocurrido durante el año 2016 a nivel nacional que no se reflejó en el comportamiento estatal. Sin embargo, los datos de 2022 muestran que el comportamiento regresó a los niveles previos a la pandemia. La proporción de nacimientos a nivel nacional representó cerca del 1.2% y alcanzó el 1.9% durante la pandemia. Los datos estatales muestran un descenso de 2015 a 2016, donde la proporción de nacimientos atendidos por partera es menor a la nacional, ya que en Hidalgo se aproximó a 0.8% de 2016 a 2019, hasta alcanzar el 1% durante la pandemia.

Tabla 2. *Características de los nacimientos atendidos por parteras, en Hidalgo.*

Variable	Edad de la madre				
Año	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Media	25.9	25.9	25.5	26.1	26.1
Desviación estándar	6.1	6.7	6.7	6.9	6.4
Variable	**Número de hijos nacidos vivos**				
Media	3	3.0	2.6	2.8	2.9
Desviación estándar	1.8	1.9	1.5	1.7	1.7
Variable	**Edad del padre**				
Media			38.1	32.2	32.9
Desviación estándar			25.7	15.4	15.9
Variable	**Porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena (HLI)**				
HLI	71.3	72.2	59.6	63.2	71.4
No HLI	28.7	27.8	40.4	36.8	28.6
Variable	**Porcentaje de indigenas autoadscritos**				
Autoadscritos	72.9	75.3	60.6	67.1	73.9
No autoadscritos	27.1	24.7	39.4	32.9	26.1

Fuente: elaboración propia con base en datos del SINAC (2018-2022).

En la tabla 2 se observan algunas características de los nacimientos atendidos por parteras en Hidalgo, se aprecia que la edad de la madre es ligeramente menor en el año 2020, y la dispersión también es menor con respecto a los demás años; lo mismo ocurre con el promedio de hijos nacido vivos. Sin embargo, la mayor diferencia se observa en la población indígena, HLI y autoadscritos, durante los años donde la pandemia tuvo mayor impacto en nuestro país (2020-2021). A pesar de que en estos años aumenta del número de atención por parteras, disminuye la atención en indígenas, 15% menos en el año 2020, es decir, se atiende a población no indígena durante este periodo para después retomar los valores previos. No se discute la categoría étnica, ya que las proporciones entre ambas categorías son similares, contrario a lo que ocurre en otras fuentes de información, como el Censo de Población y Vivienda, por ejemplo.

Discusión

Tanto en el ámbito nacional como estatal se observa el aumento en los nacimientos atendidos por parteras durante los primeros 2 años de la pandemia por COVID-19 en nuestro país. Si bien el anuncio del término de la pandemia hecho por la Organización Mundial de la Salud se dio en mayo de 2023 (Organización Panamericana de la Salud), el descenso en 2022 corresponde a un escenario distinto a los dos años previos debido a que se contaba con tratamiento antiviral establecido, para pacientes con COVID-19 leve a moderado, en los primeros 5 días de evolución y que tengan alto riesgo de complicaciones (Secretaría de Salud México, 2023); además, durante el año 2022 se registra una baja letalidad, respecto a los previos, y un mayor acceso a vacunas contra COVID-19. En este escenario se observan niveles de atención, por partera y atendidos en casa particular o en casa de parteras, similares a los registrados antes de la pandemia.

De acuerdo a la literatura, la pandemia desencadenó una reducción en la búsqueda de servicios de atención en hospitales por temor al contagio y la escasez de personal, lo que explica la búsqueda de la atención por otros actores, donde se han documentado experiencias satisfactorias del papel desempeñado por las parteras durante la emergencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Swissinfo, 2021; Pairman y Dhatt, 2020; Chávez et al., 2022; Fondo de población de las Naciones Unidas México, 2020). El escenario pos pandémico mostró el reconocimiento de la sociedad civil, incluso de la medicina hegemónica, hacia el papel de las parteras como personal fundamental en el cuidado del embarazo y como una necesidad ante una crisis sanitaria. El reto es que este personal sea reconocido en el ejercicio diario de la atención y su incorporación e integración al sistema de salud, ante la disponibilidad de parteras tradicionales y profesionales en el estado. En Hidalgo, dos escuelas forman a estos profesionales, ya que se cuenta con la carrera de partería profesional y la licenciatura de enfermería y partería. Es necesario hacer énfasis en que existe una gran deuda con las parteras tradicionales, quienes se desempeñan dentro de la precarización y secundarización en el ejercicio de sus funciones, además de la reducción en la atención de los nacimientos a nivel nacional, en las generaciones más jóvenes.

La literatura internacional muestra la brecha entre las políticas que se encuentran desarrolladas y su aplicación en la práctica, así como las limitantes para su implementación ante aspectos como el machismo y el racismo (Kildea et al., 2016; Cole, 2021). También se han documentado algunas características sociodemográficas de las parteras tradicionales, donde se evidencian las barreras lingüísticas, el envejecimiento, culturales, en la práctica.

Con respecto a los resultados de la EDER (2017) donde se observa una disminución en la atención por parteras, conforme las generaciones son más jovenes también se aprecia un aumento en la demanda de este servicio en todas las generaciones, según aumenta el número de hijos, donde la atención por parteras en el segundo hijo o tercer hijo nacido vivo es mayor. Esto puede ocurrir por la experiencia adquirida por las madres durante el primer hijo nacido vivo, lo que puede brindar confianza en el segundo o tercer parto; quizá también puede estar involucrada la violencia obstétrica durante el primer parto, lo que hace acudir a otras alternativas en los posteriores. No se tienen elementos para discutir este resultado, por lo que se plantean las hipótesis mencionadas.

Conclusiones

En momento de visibilidad estadística de la partería en Hidalgo, diversos trabajos evidencian las barreras que limitan su ejercicio, como las lingüísticas, recursos limitados de las parteras, la edad y alfabetización, la resistencia a reconocer los conocimientos tradicionales desde la cosmovisión occidental, en una labor cada vez más precarizada. La legitimación del conocimiento a partir de la validación de la medina occidental, discriminación, maltrato, desconocimiento de sus derechos, han dificultado su integración al sistema de salud. Las referencias muestran la importancia en su articulación con los servicios de salud como personal fundamental en el cuidado del embarazo, en la atención infantil, y el uso de métodos anticonceptivos, principalmente en comunidades donde el pudor condiciona la atención obstétrica y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. La publicación de la situación actual de la partería indígena en México visibiliza su importancia en el país, aunque no se considera al Estado de Hidalgo. En este sentido, esta investigación aporta elementos sobre algunas especificidades de la situación en el estado de Hidalgo; uno de los retos es la preservación y transmisión del conocimiento ancestral ante los datos analizados, ya que encontramos una abrupta disminu-

ción en el porcentaje de partos atendidos en casa o con parteras conforme las generaciones son más jóvenes, al pasar de 20% en la generación 1962-1967 a 4% en la cohorte 1988-1997. El SINAC muestra, que la atención por parteras aumentó durante la pandemia, al pasar de aproximadamente 300 nacimientos en 2018 y 2019 a cerca de 400 durante 2020 y 2021, incremento que corresponde a población no indígena, pero en 2022 la atención por parteras disminuyó a los niveles previos a la pandemia, por lo que se hace evidente la baja demanda de atención en la última década, y su tendencia a la reducción en las generaciones más jóvenes. Sin embargo, es necesario profundizar a través de la gestión y análisis de otras fuentes de información existentes en el estado y mediante estudios cualitativos.

Referencias

Alfaro, N., Villaseñor, M., Valadez, I., Guzmán, A., González Y.S. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación en salud, 8*(1), 1-5. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280108

Banco Mundial. (2020). *Why Rural Women Use – or Avoid- Maternal Health Services: Insights from a Qualitative Study in Bolivia*. https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/34778

Castro A, Savage V, Kaufman H. (2015). Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica, 38*(2), 96–109. https://iris.paho.org/handle/10665.2/10044

Chávez, M., Romero, I. Y Negrete, V. (2022). La partería, una acción perinatal emergente en tiempos de COVID-19. *Revista CONAMED, 27*(1), 36-40. https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2022/con221e.pdf

Cole, C. (2021). *Being Female and Indigenous: Barriers to Reducing Bolivia's Maternal Mortality Rates Under Evo Morales*. University of Mississippi. https://egrove.olemiss.edu/hon_thesis/1740/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2014*). Los pueblos Indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos, Santiago de Chile*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf?sequence=1.

Fondo de población de las Naciones Unidas México (2020, mayo 05). *Las parteras: las heroínas anónimas en la primera línea de respuesta a la crisis de la COVID-19*. https://mexico.unfpa.org/es/news/las-parteras-las-hero%C3%ADnas-an%C3%B3nimas-en-la-primera-l%C3%ADnea-de-respuesta-la-crisis-de-la-covid-19-1

Ignacio, E. (2022). *Partería tradicional en la Sierra Otomí Tepehua*. I Chan Tecolotl. ichan.ciesas.edu.mx/parteria-tradicional-en-la-sierra-otomi-tepehua/

INEGI (s.f.). *Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 2017*. https://www.inegi.org.mx/programas/eder/2017/

INEGI (2018). *MEX-SALUD-SINAC-2018*. https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/530

Kildea, S., Tracy, S., Sherwood, J., Magick-Dennis, F. y Barclay L. (2016). *Improving maternity services for Indigenous women in Australia: moving from policy to practice*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27736626/

Ley de derechos y cultura indígena para el Estado de Hidalgo (2019). http://www.congreso-hidal-go.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Derechos%20y%20Cultura%20Indigena%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva, 16*(8). https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2615/es/

Organización Panamericana de la Salud (2023, mayo 06). *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa.* https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua

Organización Panamericana de la Salud (2020, mayo 05). *Traer vida durante la pandemia: la experiencia de cuatro parteras.* https://www.paho.org/es/historias/traer-vida-durante-pandemia-experiencia-cuatro-parteras

Pairman, S. y Dhatt, R. (2020, julio 04). La protección de parteras y madres durante la pandemia. *El País*. https://elpais.com/elpais/2020/07/01/planeta_futuro/1593616450_341969.html

Radi, B y Pérez, M. (2019). Injustica epistémica en el

ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Avatares Filosófico, 5.* 117-130. https://www.aacademica.org/blas.radi/38

Ramírez, C. (2001). Evolución del cuidado materno infantil. *Revista de Enfermería IMSS, 9(1),* 1-4. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/download/763/722

Reynoso, I. (2013). Manuel Gamio y las bases de la política indigenista en México. *Andamios. Revista de Investigación Social*, *10*(22), 333-335.

Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: M. Sadler, M. Acuña y A. Obach. Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. *Colección Género, Cultura y Sociedad.* https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf

Secretaría de Salud México (2023). *Lineamiento operativo en el uso de emergencia de Paxlovid® (Nirmatrelvir / ritonavir) en grupos de riesgo para COVID-19, en México*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/01/Lineamientos-act_Pax_160123_vf.pdf

Sesia, P. y Berrio, L. (2022). *Situación actual de la partería indígena en México. Informe Final. Chiapas, Guerrero y Oaxaca*. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/Situacio%CC%81n-actual-de-la-parteri%CC%81a-indi%CC%81gena-en-Me%CC%81xico.-Informe-final.-Chiapas-Guerrero-Oaxaca.pdf

Sesia, P. y Berrio, L. (2023). *Situación actual de la partería indígena en seis estados de México. Informe Ejecutivo 2021-2022. Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Quinta Roo y Yucatán.* https://omm.org.mx/blog/situacion-actual-de-la-parteria-indigena-en-seis-estados-de-mexico/

Swissinfo (2021, mayo 05). *La pandemia provocó un aumento de los partos domiciliarios en América Latina.* https://www.swissinfo.ch/spa/latinoamerica-salud_la-pandemia-provoc%C3%B3-un-aumento-de-los-partos-domiciliarios-en-am%C3%A9rica-latina/46593332

Wade, P. (2000). *Raza y etnicidad en Latinoamérica*. Ediciones Abya-Yala.