



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
POSGRADO EN DESARROLLO RURAL**

***Yä hyēki***

**(La que corta)**

**Saberes en la subalternidad: la partería tradicional en la  
Sierra Otomí-Tepehua de Hidalgo ante la injusticia epistémica**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTORA EN DESARROLLO RURAL**

**PRESENTA  
ESPERANZA IGNACIO FELIPE**

**DIRECTORA DE TESIS: GISELA ESPINOSA DAMIÁN**

**COMITÉ TUTORIAL:**

**DRA. ADRIANA PATRICIA LOZANO DAZA  
DR. ALEJANDRO CERDA GARCÍA  
DRA. SILVIA MENDOZA MENDOZA  
DRA. PALOMA BONFIL SÁNCHEZ**

**29 enero del 2026**

## Resumen

*Yä hyēki* significa “la que corta” en la lengua otomí de la Sierra Oriental, y es la palabra con la que se denomina a las parteras *ñuhus* en San Esteban, localidad del municipio de Huehuetla, que junto con San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria, municipios ubicados en la Sierra Otomí-Tepehua del Estado de Hidalgo, delimitan la investigación que se presenta. El estudio consta de cinco capítulos, en los que se da cuenta de una aproximación a la realidad de las parteras, mediante narrativas testimoniales sobre sus formas propias de conocimiento, su papel en la comunidad y su interacción con el personal del sector salud, con el propósito de identificar los mecanismos de la injusticia epistémica. Concepto acuñado desde la filosofía social por Miranda Fricker (2019) que se adoptó como eje analítico, a partir de las categorías de injusticia testimonial y hermenéutica.

En conjunto, la tesis evidencia que la partería tradicional no es solo una práctica del cuidado, sino un campo de disputa epistémica y política, donde se confrontan sistemas de conocimiento en relaciones jerarquizadas y asimétricas de poder, en el marco de la legítima demanda por los derechos culturales, lingüísticos y de salud reproductiva de las mujeres indígenas.

**Palabras clave: injusticia epistémica, partería tradicional**

## **El Arcoíris es una mujer que murió en trabajo de parto**



“El arcoíris es una mujer que murió en el trabajo de parto. Hay mujeres que se enferman cuando forman su propia familia, y lo que tienen que hacer es llamar a un curandero para que la proteja y para que la enfermedad que trae el arcoíris se quite”

Manuel de la Puerta<sup>1</sup>

### **A la memoria de las parteras de la Sierra Otomí-Tepéhua fallecidas en el año 2025**

Estela Canales Jarillo originaria de San Mateo y residente de la cabecera municipal de San Bartolo Tutotepec

Paola Mendoza Velasco y Cecilia Tolentino Licona de San Andrés del municipio de Huehuetla  
Gonzala Tolentino Ramos de San Esteban del municipio de San Bartolo Tutotepec

---

<sup>1</sup>San Pablito del municipio de Pahuatlán, Puebla, junto con San Nicolás y San Pablo del municipio de Tenango de Doria, Hidalgo, constituyen una micro-región biocultural de la Sierra Oriental, aun cuando pertenecen a estados diferentes.

A la Sra. Braulia Felipe Alonso  
Mi madre

## **Agradecimientos**

Llevar a cabo este trabajo implicó un lapso de vida y una conjunción de voluntades y apoyos familiares, fraternales e institucionales, que me permitieron tomar el tiempo necesario para cursar el Posgrado en Desarrollo Rural en la UAM-Xochimilco; entre estos, la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo, cuyas autoridades me brindaron el tiempo y la confianza para alcanzar esta meta, así como el financiamiento de la Secretaría de Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHT), antes CONACyT, y del mismo, Posgrado en Desarrollo Rural. Sin el respaldo de estas instancias, este propósito no habría sido posible.

En la dimensión solidaria, reconozco y agradezco el apoyo de mi asesora la Dra. Gisela Espinosa Damián, y mis lectores la Dra. Adriana Patricia Lozano Daza y el Dr. Alejandro Cerda García.

En este proceso de cuatro años (2021 al 2025) hubo sucesos que permearon el quehacer académico y trastocaron mi mundo de vida, abonando a la comprensión de la realidad que trato de aprehender, entre estos, el encierro ante la pandemia del COVID-19, que nos llevó como humanidad a una realidad distópica inimaginada, seguido de la despedida a mis padres, quienes en su don amoroso no tuvieron tiempo de esperarse uno a otro. Para concluir este pasaje, se sumó la devastación que dejó tras de sí el huracán Priscilla en la Sierra Otomí-Tepehua, nunca tan herida y tan querida. En momentos cruciales siempre hubo acompañamiento, manos extendidas, palabras y redes. En este ir y venir, personas permanecieron, personas también se fueron. Gracias a todos y todas por su amistad, solidaridad y las pequeñas cosas que conforman la existencia compartida:

- A mi familia, por las voces y caminos ancestrales, la tierra y la comida que nos nutre.
- A mi familia elegida, la banda texcocana, por su amistad y solidaria compartencia de 40 años, especialmente a Patricia Barrera Hernández y Beatriz Barrera Hernández
- A mis amigas, Paloma Bonfil, Elvia Martínez M., Norma Escamilla, Olivia Leal y Marjorie Tacker. A ellas, un brindis por la vida y el trabajo por un mejor país.
- A los integrantes pasados y actuales del cuerpo académico *Estudios Interdisciplinarios e interculturales sobre espacios regionales*. Salud por el territorio y su gente.
- Y, por supuesto, a las parteras, sobadoras y usuarias que me abrieron su casa, su pensamiento y sus palabras.

***Gracias a la vida que me ha dado tanto***

## Índice

<b>Índice de figuras .....</b>	<b>1</b>
<b>Índice de tablas.....</b>	<b>2</b>
<b>Índice de acrónimos y abreviaturas .....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción. Los hilos de la madeja .....</b>	<b>7</b>
☞ ¿Quién borda? Mi lugar de enunciación.....	17
☞ Apuntes metodológicos.....	20
☞ ¿Por qué? y ¿Para qué hablar de injusticia epistémica? .....	28
<b>1 Marco teórico conceptual .....</b>	<b>30</b>
1.1 Injusticias epistémicas .....	34
1.2 Desacuerdos con el orden establecido .....	42
1.3 Modelo Médico Hegemónico (MMH) y Subordinado (MMS).....	47
1.4 La tradición en los estudios sobre partería tradicional.....	51
1.4.1 Panorama general .....	53
1.4.2 Las diferentes formas de la partería.....	59
1.4.3 Partería indígena-partería tradicional.....	61
1.4.4 Partería profesional.....	66
<b>2 La Sierra Otomí-Tepehua, espacio territorializado.....</b>	<b>74</b>
2.1 Subregión: Huehuetla, San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria .....	79
2.1.1 <i>Njü</i> : El lugar de los muros.....	81
2.2 Gestión del Estado en la Sierra.....	85
2.2.1 Educación superior.....	88
2.2.2 Dinámica demográfica e inequidad social en la Sierra Otomí-Tepehua .....	91
2.2.3 Etnicidad.....	95
2.2.4 Salud y etapa reproductiva femenina.....	96

2.2.5	Infraestructura en salud. ....	99
<b>3</b>	<b>Mä dui (La Sierra) .....</b>	<b>103</b>
3.1	Intervención en salud en la Sierra Otomí-Tepehua .....	105
3.2	Políticas sociales y políticas en salud: instrumentalización .....	107
3.2.1	COPLAMAR. Integración de recursos comunitarios.....	110
3.2.2	Neoliberalismo y descentralización. ....	117
3.2.3	Liberalización económica.....	121
3.2.4	Emergencia de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC).....	123
3.2.5	Alternancia y continuidad.....	126
3.3	Impacto y estigmatización epistémica.....	134
3.3.1	Estigmatización y muerte materna. ....	138
3.3.2	Procesos locales - procesos homogenizantes. ....	144
3.3.3	Procesos homogenizantes - procesos colectivos: voces en defensa. ....	147
3.3.4	Vinculación con el Sector Salud.....	158
3.3.5	Espacios de compartencia y capacitación.....	164
4.1	Reproducción social de la vida cotidiana .....	174
4.1.1	Cambio cultural y reproducción social.....	178
4.2	<i>Rä t'ete</i> Especialistas de la Medicina Tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua.....	182
4.2.1	<i>Yä hyēki</i> (la que corta).....	186
4.2.2	<i>N'zaki</i> . En un principio la dualidad. ....	189
4.2.3	Proceso de atención del embarazo.....	195
4.3	<i>Pädo</i> (temazcal de costumbre) .....	202
4.3.1	<i>N'tifi</i> . Mujeres sanando mujeres.....	204
4.3.2	Peña Blanca. ....	206
4.3.3	Las muchachas de ahora ya no se quieren bañar en temazcal.....	207

4.3.4 ¿Resistencia cotidiana? .....	209
<b>5 Conocimientos subalternos .....</b>	<b>215</b>
5.1 Epistemología de lo local .....	216
5.1.1 Del don y la necesidad: conocimientos situados. ....	220
5.1.2 San Andrés y San Esteban. ....	223
5.1.3 Caminando, escuchando, viendo, preguntando. ....	227
5.1.4 <i>No me gusta lo que hacen los doctores... hacen burla.</i> .....	231
5.1.5 De violencias epistémicas: ya solo me quedó el miedo.....	235
5.2 Nuevos discursos, viejas prácticas .....	243
5.2.1 En el Estado de Hidalgo .....	253
<b>Conclusiones .....</b>	<b>260</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>269</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>292</b>

## Índice de figuras

Figura 1. Listos para bordar.....	7
Figura 2. Reflexiones.....	29
Figura 3. Reinventando la tradición ante la pandemia .....	45
Figura 4. Proceso histórico que definen características de la partería actual.....	63
Figura 5. Espacio para sanar el cuerpo y el espíritu .....	66
Figura 6. Espacio territorializado, entorno y conocimiento .....	78
Figura 7. Subregión Otomí-Tepehua de la Sierra Oriental de Hidalgo .....	79
Figura 8. El lugar de los muros, la sierra Otomí-Tepehua.....	81
Figura 9. Mapa Sierra Otomí-Tepehua .....	84
Figura 10. Compartencias .....	90
Figura 11. Grado de marginación por municipio, Región Otomí-Tepehua, 2015.....	94
Figura 12. Fases de una relación asimétrica .....	104
Figura 13. La partería en escala.....	109
Figura 14. Registros del tiempo.....	121
Figura 15. Programas vigentes del 2001 al 2012.....	127
Figura 16. Programas vigentes del 2013 al 2018.....	130
Figura 17. Programas vigentes del 2019 al 2024.....	132
Figura 18. Predominio e instrumentalización de la partería tradicional .....	137
Figura 19. Razón de Muerte materna comparativo 2015-2023 .....	142
Figura 20. Muerte materna por municipio 2005-2023 .....	144
Figura 21. Conocimientos complementarios .....	164
Figura 22. Parteras de la Sierra Otomí-Tepehua. Espacio de Compartencias.....	165
Figura 23. Taller con parteras tradicionales de la SOT .....	168
Figura 24. Mapeo de ubicación de parteras tradicionales por localidad.....	173

Figura 25. Estrategias para la reproducción de la vida .....	177
Figura 26. El bādi y la fuerza .....	186
Figura 27. Partería y espiritualidad .....	194
Figura 28. Pädō (temazcal de costumbre), espacios de sanación .....	204
Figura 29. Pädō. Espacio para sanar el cuerpo y el espíritu. ....	205
Figura 30. En el tianguis dominical en Tenango de Doria .....	210
Figura 31. Farmacias vivas.....	220
Figura 32. Registros del tiempo .....	225
Figura 33. Cada partera tiene su medicina .....	226
Figura 34. Escuchando, viendo, preguntando.....	235
Figura 35. Certificación, reconocimiento e indiferencia .....	243

### Índice de tablas

Tabla 1. Mapeo de parteras en la Sub región Otomí-Tepehua al 2024.....	26
Tabla 2. Educación superior en la Sierra Otomí-Tepehua 2019-2024 .....	91
Tabla 3. Indicadores socioeconómicos. Localidades con menos de 5000 habitantes ....	92
Tabla 4. Indicadores socioeconómicos, índice de marginación .....	93
Tabla 5. Indicadores de inequidad estructural 2020.....	94
Tabla 6. Índices de marginación por municipio .....	95
Tabla 7. Hablantes de lengua indígena .....	96
Tabla 8. Semaforización de incidencias.....	97
Tabla 9. Población femenina en edad reproductiva 2020 .....	99
Tabla 10. Cobertura de atención médica en la Región Otomí-Tepehua.....	101
Tabla 11. Caracterización geográfica de los municipios de la Sub región serrana.....	102
Tabla 12. Pobreza multidimensional. Población en situación de pobreza .....	139
Tabla 13. Evolución Epidemiológica de la RMM en el país/Hidalgo. ....	141

Tabla 14. Muerte materna. Sierra Otomí-Tepehua 2005-2016 .....	143
Tabla 15. Comparativo de Muerte Materna 2005-2023. Sub Región Otomí-Tepehua..	144
Tabla 15. Comparativo de Muerte Materna 2005-2023. Sub Región Otomí-Tepehua..	162
Tabla 16. Localidades con más de dos parteras de la Subregión .....	173
Tabla 17. Parteras de San Esteban, Huehuetla y San Andrés, San Bartolo Tutotepec	174
Tabla 18 . Personas atendidas por parteras 2019-2023 .....	188
Tabla 19. Uso identificado de herbolaria de la Sierra Otomí. ....	213
Tabla 20. Complementariedad de sistemas médicos.....	214
Tabla 21. Partería Tradicional en La Ley General De Salud (Decreto 137, DOF 26-03- 2024) .....	248
Tabla 22. Cuadro comparativo .....	258

## Índice de acrónimos y abreviaturas

<b>General</b>	
SOT	Sierra Otomí-Tepehua
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MMS	Modelo Médico Subalterno
<b>Academia</b>	
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
UAEH	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UICEH	Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo
UNAM	Universidad Autónoma de México
UPN	Universidad Pedagógica Nacional
UTT	Universidad Tecnológica de Tulancingo
<b>Agencias Internacionales</b>	
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo
FIGO	Federación de Ginecología y Obstetricia
ICM	Confederación Internacional de Matronas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (Por sus siglas en inglés)
<b>Programas e instancias de gobierno federal y estatal</b>	
APV	Arranque Parejo en la Vida
CCI	Centro Coordinador Indigenista
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
COESPOH	Consejo Estatal de Población Hidalgo
CONASUPO	Compañía Nacional de Subsistencias Populares

CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República
ILV	Instituto Lingüístico de Verano
IMCAFE	Instituto Mexicano del Café
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INI	Instituto Nacional Indigenista
INPI	Instituto Nacional de Pueblos Indígenas
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
PIDE	Programa Integral de Desarrollo Rural
PIVM	Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PRONASOL	Programa Nacional de Solidaridad
PROSPERA	Programa de Inclusión Social
PTC	Programas de Transferencia Condicionada
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SPSS	Sistema de Protección en Salud

#### **Sistema Nacional de Salud: Instancias y programas**

CARO	Centros de Atención Rural Obstétrica
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Solidaridad	1989-1994 Programa Nacional de Solidaridad
IMSS-Progresa	1997-2002 Programa de Educación, Salud y Alimentación
IMSS-Oportunidades	2002-2014 Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
IMSS-Prospera	2014-2018 Programa de Inclusión Social
IMSS-Bienestar	2019- Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
UMR	Unidad Médica Rural
OPD	Servicios de Salud Pública
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta
PPSR	Programa de Población y Salud Reproductiva
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia

SSH Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo

### Referencias de salud materno-infantil

APS	Atención Primaria en Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
HLI	Hablante de Lengua Indígena
MM	Muerte Materna
NVR	Nacidos Vivos Registrados
OTB	Oclusión Tubaria Bilateral
PHOG_IN	Población en Hogares censales indígenas
ReNaPa	Registro Nacional de Partería
RMM	Razón de Muerte Materna
SSRMN	Salud Sexual, Reproductiva, Materna y Neonatal
SSRMNA	Salud Sexual, Reproductiva, Materna, Neonatal y del Adolescente
TEFA	Tasa Específica en Fecundidad en Adolescentes
UMR	Unidad Médica Rural

### Organizaciones de la sociedad civil

ACASA, A.C	Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A. C.
AMIO	Asamblea de Mujeres Indígenas de Oaxaca
ANPMI	Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas
CAMI	Casa de la Mujer Indígena
CAMIAS	Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana
CGMI	Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas
CONAMI	Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas
EZLN	Ejército Zapatista de Liberación Nacional
UCIZONI	Unión de Comunidades Indígenas de la Zona Norte del Istmo
UNORCA	Unión Nacional de Organizaciones Regionales Campesinas y Autónomas
GIMTRAP	Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza

### Introducción. Los hilos de la madeja

Una de las pequeñas cosas que rememoro de mi niñez, durante mis días de vacaciones en Acatlán, es ver a mi tía Lolita sentada bajo un árbol de guamúchil. Ahí, con paciencia y destreza, unía finos filamentos en un solo hilo de madejas montadas en seis carretes de carrizo para unirlos. Los carretes giraban bailando, a la par que jalaba y enredaba el hilo en un cartón del tamaño de su mano. El fin era práctico, disponer de pequeños tramos de colores diferentes que acomodaba en una canasta, listos para el bordado tradicional del pueblo.

**Figura 1.** *Listos para bordar*



Bordados de Acatlán, Gro. Fotografía original de la autora, 2024

Al igual que ese remoto recuerdo, y con menos pericia que Lolita, trataré de jalar esos hilos de una madeja metafórica para bordar las narrativas de la parteras con reflexiones propias, a manera de problematización de la realidad. Los temas expuestos se van entrelazando como filamentos de un hilo en un análisis que converge en la comprensión de los mecanismos de la violencia epistémica operados a diferentes escalas, y se traduce en injusticia epistémica, la cual ha limitado la práctica y la reproducción de la partería tradicional indígena en la Sierra Otomí-Tepehua del Estado de Hidalgo, como sistema de conocimientos en la subalternidad. Con este propósito se entretrejen los testimonios de las parteras, a fin de comprender el panorama actual en el contexto de los mecanismos de la biopolítica del Estado.

*Yä hyēki* (la que corta en lengua *ñuhu*) es la palabra con la que se denomina a las parteras en San Esteban, localidad de Huehuetla. Ellas constituyen, el sujeto social en las que converge

esta investigación, realizada en los municipios indígenas de Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y el mismo Huehuetla. Lo que aquí, se delimita como una subregión, ubicada en las inmediaciones de la Sierra Otomí-Tepehua del Estado de Hidalgo. Esta presenta características geográficas específicas que han dificultado los procesos de intervención del Estado y otros actores. En este territorio se identificaron un total de 46 parteras tradicionales vinculadas al sector salud, distribuidas en una extensión de 749 km<sup>2</sup>, que abarca 268 localidades pertenecientes a los tres municipios mencionados. Lo que se explicará de manera más detallada en el capítulo 3 del documento.

De las 46 parteras tradicionales identificadas, se tuvo acercamiento con el 80% aunque el trabajo más cercano se realizó con 15 de ellas. Durante el periodo de trabajo de campo 2022-2024. En ese momento presentaban una edad promedio de 68 años; la más joven tenía 56, y la de mayor edad 87 años de edad. En cuanto a la residencia, el mayor número se concentró en las localidades del municipio de Huehuetla, en donde habitaban 18 de ellas; seguido de 15 en San Bartolo Tutotepec, y 5 en Tenango de Doria. Respecto a la escolaridad, solo una contaba con secundaria, dos eran técnicas en enfermería, y 3 tenían estudios de primaria (INEA o trunca); y el resto no había cursado educación formal. En cuanto a la lengua, solo una de ellas era monolingüe.

En este contexto, la investigación se orientó a identificar los mecanismos de la injusticia epistémica que han restringido la práctica y la reproducción de la partería indígena en la Sierra Otomí-Tepehua, concebida como sistema de conocimientos situado en la subalternidad. Asimismo, reconocer los saberes y prácticas que han persistido frente a la imposición del modelo médico hegemónico, con el fin de comprender la situación actual de la partería rural indígena de la región.

El documento está integrado por cinco capítulos, que, al igual que los filamentos del hilo convergen en el sujeto social, categoría que retomo e interpreto desde la perspectiva de Hugo Zemelman (2011), para quien el sujeto social es un ente histórico, ubicado en un contexto

contemporáneo específico, que lo define como individuo y como colectivo. Se entiende al sujeto social de forma situada, y en una red de relaciones múltiples y heterogéneas que lo significan y dan sentido a las representaciones tejidas en la vida cotidiana. Así pues, se pone el foco en las subjetividades, la *praxis* y las posibilidades del cambio social.

Entender al sujeto social implica reconocer que no se trata solo de colectivos organizados, sino que también se conforma de experiencias individuales que configuran una identidad colectiva marcada por estructuras sociales (género, clase, etnicidad) y atravesada por relaciones de poder locales, que las identifiquen como parte de un sector, en tanto comparten una historia de subalternidad y desigualdad, desde la cual enfrentan formas de violencia estructural y epistémica. En este caso, como parteras tradicionales rural-indígenas, cuyos procesos periféricos también sustentan las demandas colectivas que se articulan en otras escalas de resistencia, impulsada y visibilizadas por colectivos y movimientos organizados que actúan en su defensa. En este sentido, aun cuando las parteras de la subregión Otomí-Tepehua no son un grupo organizado, si se reconocen como parteras tradicionales, que como tales conforman un sujeto social.

**Capítulo-Hilo 1.** En este primer capítulo se presentan las bases teóricas y metodológicas que permiten comprender y analizar la problemática de estudio. La reflexión parte del presente en retrospectiva y delimita un segmento de la realidad en el que se articulan niveles de análisis, ritmos temporales y escalas espaciales. Esta aproximación se sustenta en la perspectiva metodológica de Beatriz Nates (2011) en diálogo con Zemelman (2011), a partir de lo que este último denomina la “objetivación de los fenómenos de la realidad” de los sujetos. Este enfoque posibilita la sistematización de las experiencias (percepciones y saberes) y la construcción de una lectura situada de la realidad.

En continuidad, se adoptaron los aportes teóricos de Miranda Fricker, con el concepto de injusticia epistémica como eje analítico, a partir de las categorías de injusticia testimonial y hermenéutica. La primera hace referencia al descredito sobre el conocimiento de los sujetos en

función de su identidad social –género, etnicidad, posición social, edad-, como fenómeno situado que responde a prejuicios estructurales históricamente contruidos. En tanto, la injusticia hermenéutica opera en el plano estructural y alude a los vacíos interpretativos colectivos que impiden comunicar y comprender las experiencias sociales de las “otredades”.

Si bien, Fricker avanzó de manera significativa en visibilizar estos vacíos interpretativos que afectan a los sujetos en condiciones de desventaja interseccional, los aportes de José Medina, Blas Radi y Fernando Broncano, permiten problematizar el concepto al desplazar el análisis de las interacciones asimétricas de poder entre sujetos hacia un plano estructural y político. En particular Blas Radi, Moira Pérez y José Medina abordan esta complejidad con el concepto de violencia epistémica, y señalan el despojo de los individuos de sus propias experiencias y de su condición como sujetos epistémicos, reduciéndolos a objetos de conocimiento.

Esta discusión se desarrolla en el capítulo 2; sin embargo, resulta pertinente señalarla aquí para orientar la lectura del marco conceptual. En tanto se distinguen dos dimensiones: La primera es el nivel estructural, como prejuicio epistémico colectivo sobre determinados sujetos, que incluye tanto prácticas sociales como institucionales, y cuya expresión es la injusticia hermenéutica, en la medida en que se carece de códigos para comprender la experiencia de los otros. La segunda dimensión es situada, y se manifiesta en el plano de las interacciones cotidianas -entre parteras, usuarias y personal de salud-, las cuales condensan y reproducen la violencia estructural o son germen de cuestionamientos al orden establecido. En ese sentido la injusticia epistémica es también violencia estructural. Por lo que autores como Blas Radi, Moira Pérez y José Medina utilizan ambos términos de manera articulada, y este será su uso en el documento.

Este marco conceptual permite examinar la injusticia epistémica no de forma abstracta, sino como una forma situada de violencia estructural a partir de los testimonios de vida de las

parteras, concebidas como sujetos situados, y hace posible evidenciar las dinámicas de producción y de reconfiguración de la violencia epistémica en contextos específicos.

Con el fin de articular las relaciones de poder que atraviesan estos procesos, se incorpora la perspectiva de Michel Foucault, la cual ofrece elementos analíticos para comprender las dinámicas locales y estructurales de poder a partir de los conceptos de microfísica del poder, anatomo-política, biopolítica y biopoder, así como de las formas de resistencia social y epistémica que emergen desde los saberes sometidos.

A partir del entramado teórico, en este capítulo se dialoga con investigaciones previas sobre partería tradicional. En este recorrido se incorporaron los elementos que permiten definir la partería a partir de las categorías indígena-rural, tradicional y profesional.

Estos elementos conceptuales y categorías permiten situar las experiencias de las parteras no solo como prácticas culturales y de cuidado, sino como saberes inscritos en relaciones históricas de poder. Sobre esta base, el siguiente capítulo se adentra en el contexto sociohistórico y territorial de la Sierra Otomí-Tepehua, con el fin de comprender las condiciones locales en las que se configuran y disputan los saberes de la partería tradicional indígena.

**Capítulo-Hilo 2.** El objetivo de este capítulo es delinear el contexto geográfico y social de la investigación, concebido como un espacio objetivo subjetivado a través de un proceso histórico de territorialización (Nates, 2011). El espacio se entiende como una constante cognitiva y biocultural desde la cual se construyen las percepciones de los mundos de vida entrelazados en la cotidianidad, así como el ámbito desde donde se toman las decisiones con base en los recursos disponibles y las estrategias de supervivencia orientadas a la reproducción material y espiritual, de la unidad doméstica y del colectivo, incluidos aquellos que inciden en los procesos de salud-enfermedad y atención.

Al respecto, se propone como delimitación una subregión que abarca tres municipios indígenas -Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla-, con predominio identitario otomí y una minoría de población tepehua concentrada en la cabecera municipal y en sus barrios

aledaños. En esta lógica, se presenta una serie de indicadores cuantitativos proveniente de las políticas públicas federales y estatales, recuperados del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Consejo Nacional de Población (CONAPO), y de la Jurisdicción Sanitaria XIII Otomí-Tepehua (actualmente integrada a la de Tulancingo), entre otras fuentes, incluyendo resultados del trabajo de campo.

**Capítulo-Hilo 3.** En este hilo se avanza en la identificación de las dinámicas de la violencia epistémica que han limitado la práctica y la reproducción de la partería tradicional como un sistema de conocimientos subalternos, contextualizado en la Sierra Otomí-Tepehua (SOT), con el propósito de comprender el panorama regional en relación con la partería tradicional.

A su vez, esta sección se divide en tres subapartados. El primero, denominado *Mä dui* (uno de los nombres que recibe la Sierra en *ñuhu*), contextualiza el momento histórico en el que se identifican las acciones de intervención del Estado en la región, en una interrelación asimétrica entre escalas administrativas, como expresión de la biopolítica que se despliega del centro a la región, entendiendo la SOT como una escala territorial periférica.

El segundo subapartado lleva por título *Políticas Sociales y Políticas en Salud: instrumentalización*, consiste en una línea de tiempo que sintetiza las políticas sociales y de salud orientadas a la población rural indígena sin seguridad social, condicionadas por el vaivén de las agendas nacionales e internacionales que incidieron en la instrumentalización y estigmatización de la partería, identificadas en dos fases: para el país, de 1977 a 1994 y de 1994 a 2024. Para el caso de la región, la primera fase de 1986-1994, y una segunda de 1994 a 2024. En este escenario se sitúa el quehacer de las parteras de la subregión dentro del conjunto de estrategias de integración de recursos humanos para la ampliación de cobertura en salud. En este proceso se analiza su paulatino desplazamiento hacia la periferia de los servicios de salud, acelerado por los cambios de paradigmas en la conceptualización de la partería –tradicional y profesional-, la salud reproductiva, y el riesgo de muerte materna.

En el tercer subapartado *Impacto y estigmatización epistémica* se analiza cómo las dinámicas de intervención estatal en el ámbito de la salud pública han incidido en la estigmatización actual de la partería tradicional y han contribuido a la conformación de prejuicios epistémicos hacia sus prácticas y conocimientos. En particular, se examina la falsa correlación entre la partería tradicional y el riesgo en la salud materno infantil, la cual ha operado como un dispositivo discursivo dentro de los servicios de salud.

En general este capítulo analiza el proceso de instrumentalización y estigmatización de la partería tradicional en el contexto de la SOT, como parte de las dinámicas de poder que atraviesan las políticas de salud dirigidas a los pueblos originarios. Asimismo, se examinan las formas de resistencia que emergen frente a estos procesos en los estados del sur del país, las cuales se han ido construyendo históricamente a partir de demandas por derechos colectivos e individuales cuyo origen antecede al levantamiento neozapatistas de 1994. Estos procesos históricos han dado lugar a la conformación de redes y alianzas que sostiene las movilizaciones sociales de mujeres indígenas organizadas y de redes aliadas en defensa de la partería tradicional, como reivindicación de derechos individuales y colectivos. Estas tensiones constituyen el punto de partida para el capítulo siguiente, centrado en el análisis de las trayectorias, prácticas y narrativas de las parteras.

**Capítulos-Hilo 4.** Este capítulo se organiza en tres subapartados. El primero denominado *La que corta*, ofrece un marco general sobre las condiciones de vida material de las parteras en el contexto de los procesos regionales y analiza cómo estos han incidido en su vida familiar y cotidiana a lo largo de su ciclo de vida, en sus respectivas unidades domésticas, en un intervalo temporal delimitado y en un espacio territorializado. En el sentido que Nates (2011a, 2011b) atribuye a la interacción asimétrica entre centro y periferia, en términos geográficos y administrativos, se registran las dinámicas de impacto económico y los procesos de transformación de las parteras frente a las políticas de salud en el ámbito regional. En el segundo y tercer subapartado se presentan las narrativas testimoniales de parteras *ñuhus* y *tepehuas*

originarias de algunas de las 20 localidades que comprende el estudio, de un total de las 268 distribuidas en el extenso territorio de los tres municipios. Este apartado persigue dos objetivos. El primero es situar a las parteras en el marco de los procesos regionales, como contexto de las dinámicas familiares y del ejercicio de sus prácticas como parteras, en un espacio territorial y un lapso de tiempo determinado. El segundo, es recuperar la narrativa testimonial de las parteras sobre sus conocimientos, prácticas y sentidos de vida.

En conjunto, este capítulo permite situar las trayectorias de vida de las parteras en un entramado de condiciones materiales, relaciones familiares y contextos territoriales que han configurado su quehacer a lo largo del tiempo, así como las experiencias de vida que han contribuido a su conformación como sujetas epistémicas.

**En el capítulo-Hilo 5** se presentan los elementos que configuran la constitución epistémica de estas sanadoras mediante un análisis desde los aportes del feminismo comunitario latinoamericano y el feminismo indígena mexicano. El primero plantea una ruptura epistémica al incorporar dimensiones subjetivas que atraviesan el cuerpo, las emociones y los afectos, mientras el segundo introduce una epistemología política anclada en el movimiento indígena campesina.

Este capítulo recupera los procesos de producción de conocimiento de las parteras y los desencuentros que enfrentan ante la imposición del Modelo Médico Hegemónico, sintetizada en la frase *No me gusta lo que hacen los doctores... hacen burla*, que da nombre a uno de los sub apartados, expresión con la que una de las parteras alude al prejuicio epistémico del que son objeto, evidenciando las dificultades para un pluralismo epistémico.

Los apartados *Del don a la necesidad: conocimientos situados*, *Escuchando, viendo, preguntando* y *De violencias epistémicas: ya solo me quedó el miedo* constituyen una ventana a la realidad cotidiana de las parteras rurales e indígenas y muestran las formas en que se configura un conocimiento propio, emergido de las necesidades de sus condiciones de vida, en el que se entrelaza su papel como cuidadoras de otras mujeres con el cuidado de sus propias

familias. Este capítulo concluye, con una revisión acerca de las Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-2016, y la NOM-020-SSA-2025 en el marco de la inclusión del Decreto 137 de la Ley General de Salud de 2024, como nuevo escenario, con riesgo de reproducir prácticas históricas de subordinación, con lagunas y vacíos entre el discurso de una interculturalidad funcional y la realidad situada, profundizando las lagunas hermenéuticas.

Antes de entrar en materia, es oportuno hacer algunas precisiones. La primera se refiere a la variante dialectal del área de investigación. Esta distingue a partir de la ubicación geográfica como otomí de la Sierra Oriental; según el Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales (INALI, 2013) se le denomina como *ñuju*, *ñoju* o *yūhu*. Otro criterio de designación es el del Instituto Lingüístico de Verano (1979), cuya incidencia en la región es evidente en localidades como San Antonio el Grande (Huehuetla) y San Nicolás (Tenango de Doria), que lo identifican como *ñuhu* o *yuhú* (Voigtlander & Echegoyen, 1979). El criterio aquí aplicado es el del uso social, que en la mayoría de los casos lo refieren como *ñuhu*.

Ahora bien, al tratarse de tres municipios que comprenden 268 localidades, se observa la coexistencia de diversas formas para nombrar y escribir las mismas cosas, procesos o fenómenos, lo cual se ve reforzado por la ausencia de una norma gramatical unificada para esta variante lingüística. Un ejemplo de esta diversidad es la palabra para nombrar a las parteras, cuyas denominaciones varían según la localidad y la persona informante, como se observa en los siguientes casos: a) *Nhutë* (*La Joya*); b) *jhe ka'te* (San Nicolás); c) *Yä hyēki* (San Esteban), d) *Yë kätë*, cuyas traducciones son “que corta”, “la que corta” o “las que cortan el ombligo” e) *ya'yekā t'soi*. En cambio, los términos de origen náhuatl, como *cashán*, permanecen sin variación en todas las localidades. Para efectos de este trabajo, las denominaciones se retomarán de acuerdo al uso social que adquieren en el contexto local del que se recupera la información.

La segunda precisión es que la población *tepehua* representa el 0.8 % del total de la región y se ubica únicamente en dos barrios de la cabecera municipal de Huehuetla, en tanto los *ñuhus* constituyen una mayoría significativa. Por ello, de las 46 parteras identificadas en la región

43 son *ñuhus* (hablantes y no hablantes de lengua indígena), 1 mestiza, y únicamente dos de ellas son tepehuas. Por esta razón, la etnografía se centra en las parteras *ñuhus*, atendiendo a su diversidad y a las particularidades locales que las distinguen.

La tercera precisión es que, aun cuando en el capítulo 1 se dedica un apartado a categorizar las formas que adquiere la partería, diferenciando entre la partería indígena y otros tipos, a lo largo del texto se la nombrará indistintamente como partería tradicional, entendiendo que hago referencia a la rural indígena. Por los motivos siguientes: la categoría de partería tradicional abarca los ámbitos rural, rural-indígena y urbano-popular, incluso a la afromexicana, y ha sido re-significada para centrar los intereses y demandas en su defensa; por ello, esta categoría también adquiere un matiz de resistencia que articula colectivos y redes de diferentes estados y etnias.

Este criterio se sitúa también para la región Otomí-Tepehua, ya que es un espacio interétnico rural, en donde, si bien, la mayor parte de las parteras son *ñuhus*, otras tantas provienen de familias campesinas, cuya lengua ha sido desplazada y que actualmente no se reconocen como indígenas; sin embargo, comparten condiciones de desigualdad social, y derivan de un núcleo cultural común. Además, esta es la manera en que ellas mismas reconocen su práctica, vinculada al sistema mexicano de salud.

Enredando y desenredando, se dispone de los elementos para abordar una realidad a todas luces compleja, desde una mirada no exenta de afectos y empatías, aversiones, desesperanzas y contradicciones que atraviesan y dan forma al quehacer de la investigación, retomando el gesto inicial de unir los filamentos para hacer visible el entramado de relaciones, tensiones y sentidos que la constituyen.

## ☯ ¿Quién borda? Mi lugar de enunciación

Los criterios que definieron los ejes metodológicos de esta investigación se entretajan en dos dimensiones. La primera, de carácter subjetivo, relacionada con mi percepción de la realidad y con el mundo de vida que conforma mi historia personal. Esta dimensión repercute en la segunda, expresada en la declaración de mi posicionamiento ético, político y epistémico, el cual orienta las decisiones tanto profesionales como personales. Ambas dimensiones están cimentadas -aunque no determinadas- por la subalternidad de mi género, identidad étnica y social, desde donde se construyen tanto los procesos reflexivos, así como los sesgos y rupturas epistémicas derivados de mi formación antropológica.

El proceso de reflexividad me llevó a reconocer que la subjetividad es generadora de conocimientos y que trasciende la racionalidad científica. En el plano de la investigación, esto implica reconocer que los sucesos disruptivos de nuestra historia individual, el mundo de vida y la espiritualidad inciden en la búsqueda de conocimiento y en las maneras de comprometernos e intervenir en la realidad. Este reconocimiento otorga significado a las palabras de Nellys Palomo<sup>2</sup> -escuchadas en los talleres que compartimos como facilitadoras hace ya varios años-: “trabajamos para la tercera a la séptima generación” (paráfrasis a partir del sesgo de mis recuerdos), situando el activismo social como un quehacer sanador en el plano individual y colectivo.

Este proceso, aunado al feminismo indígena y la epistemología pluralista representaron una ruptura epistémica que abrió la posibilidad de reconocer el sufrimiento transgeneracional vinculado a la maternidad y la violencia normalizada como parte de la vida cotidiana, en los

---

<sup>2</sup> Activista colombiana radicada en México, que tuvo un trabajo intenso y comprometido con los derechos sexuales y reproductivos de mujeres indígenas del sureste mexicano y Colombia, como fundadora de la organización civil *K'inal Antzetik*, falleció en la Ciudad de México en 2009. Tuve la oportunidad de coincidir con ella en los procesos de gestión y capacitación de los colectivos de las Casas de Mujer Indígena. En homenaje la CAMIA de San Luis Acatlán de la Costa Chica de Guerrero lleva su nombre.

ámbitos familiares, comunitarios y estructural, como formas de control sobre el cuerpo y la autonomía femenina.

Este reconocimiento del sentido subjetivo, afectivo e interseccional de la investigación social se nutre de las metodologías feministas (Blázquez, 2010; Surrallés, 2005; Haraway, 1991), las cuales proponen una reflexividad situada en constante interacción con los sujetos, sustentada en la propia agencia epistémica, desde la que se definen los métodos, teorías y la construcción del proceso heurístico.

En esta dimensión subjetiva, me reconozco como hija de padres migrantes con origen indígena y campesino, habitante de la periferia urbana, desde el cual se conforma un pensamiento fronterizo (Lepe, 2012, p. 51; Mignolo, 2016). Esta condición me sitúa con un pie dentro y otro afuera de la *casa común*, entendida como lugar simbólico de pertenencia. *Tochan*, término con el que los *acatecos* se refieren a la comunidad, constituye una identidad simbólica, ontológicamente construida y territorialmente localizada en la montaña baja de Guerrero.

*Tochan* es la comunidad, como colectividad y espacio-tiempo de la memoria de las madres y abuelas -Brígida, María, Braulia, Elena y Lolita-, con el náhuatl como semilla de lo cotidiano. Transitar desde esa raíz ha marcado el sino de la historia familiar. Con este equipaje, llegué a la Sierra en un *Tepehua*<sup>3</sup> desvencijado, y he permanecido en este territorio durante una década como docente de la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (UICEH), antecedido por mi trabajo operativo en organizaciones de la sociedad civil e institucional, acompañando a mujeres indígenas en temas de participación política, derechos humanos, y derechos reproductivos.

Por lo que, la iniciativa de instalar la carrera de Salud Reproductiva y Partería en la UICEH en el 2016-2017 respondió a un legítimo interés. Aunque este proyecto no se concretó, me permitió un acercamiento al tema y a las parteras indígenas de la región.

---

<sup>3</sup> Nombre con el que popularmente se le conoce al transporte local

En este proceso observé las paradojas de la interculturalidad funcional en el ámbito curricular de salud y sus supuestos frente a una realidad compleja. Esta situación coloca a las y los sujetos – personal de salud, estudiantes, profesores y estudiosos interesados- en la disyuntiva de analizar y dilucidar los discursos institucionales construidos en torno a la medicina y la partería tradicional. Dichos discursos, al operar como espejismos hermenéuticos,<sup>4</sup> tienden a invisibilizar la injusticia epistémica, lo que puede conducir a un epistemicidio.

En ese sentido, la segunda dimensión entretejida de la investigación es la práctica metodológica, la cual ha implicado categorizar, caracterizar, mapear y, al mismo tiempo, aprehender una realidad, en la búsqueda de una congruencia no siempre alcanzada.

En consecuencia, ha sido necesario desandar supuestos previos, nociones y representaciones vinculadas con mi propio “prejuicio identitario”<sup>5</sup> e “ignorancia activa”<sup>6</sup> (conceptos desarrollados por Miranda Fricker, que se abordarán en el segundo capítulo). Este proceso me ha llevado a confrontar y cuestionar los riesgos de incurrir en una indagación extractiva y condescendiente oculta en el discurso metodológico, lo que me obligó a una constante autovigilancia epistémica. Estos párrafos constituyen la síntesis de respuesta a la pregunta *¿quién borda?*, -Yo bordo, desde una pequeña silla bajo la sombra de un árbol de guamúchil.

---

<sup>4</sup> Categoría propuesta por Moira Pérez y Blas Radi, como aporte a la filosofía política de Miranda Fricker en su concepto de injusticia epistémica, que hace alusión a la idea de que no existen recursos interpretativos para comprender un fenómeno o experiencia situada, cuando en su lugar lo que prevalece es una laguna hermenéutica de incompreensión hacia colectivos en posición de subalternidad.

<sup>5</sup> Sesgos o estereotipos que se asignan a una persona de manera negativo por su pertenencia a un sector de la población: étnica, social, etc.

<sup>6</sup> La decisión deliberada de no escuchar la voz de los “otros” desde una posición de privilegio o poder.

## 🌀 Apuntes metodológicos

El eje de esta investigación se centra en la invisibilización y estigmatización de las respuestas locales de atención a la salud materna, las cuales, hasta hace unas décadas, estaban sustentadas en los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales de las comunidades de la Sierra Otomí-Tepehua. En tal exclusión se oculta la “ignorancia activa” (Medina, 2013) presente en los discursos de la política pública como mecanismo que se reproduce y permea en todos los niveles, sesgado por prejuicios identitarios (Fricker, 2017). En este escenario, la propuesta de análisis se sustenta en la filosofía social y en la epistemología política de Fricker, Medina y Broncano, en diálogo con el feminismo indígena y comunitario, así como el pluralismo epistémico latinoamericano.

Estas perspectivas nos ofrecen un análisis a distintas escalas, ya que lo que se aborda son los testimonios situados de las parteras, no de forma abstracta, sino como evidencia de las relaciones de poder locales, articuladas con el orden de las políticas públicas.

Para comprender este fenómeno, se parte de dos preguntas ¿Cuáles son los mecanismos de la violencia epistémica que han limitado la práctica y reproducción de la partería indígena en la Sierra Otomí-Tepehua, entendida como sistema de conocimientos situado en la subalternidad?, ¿Qué conocimientos y prácticas han pervivido frente a la imposición del modelo médico hegemónico y han permitido la reproducción social de las comunidades de la Sierra Otomí-Tepehua? En este sentido, los objetivos que orientaron la investigación fueron:

1. Identificar los mecanismos de la injusticia epistémica que han limitado la práctica y la reproducción de la partería tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua, entendida como sistema de conocimientos situado en la subalternidad.
2. Examinar la situación actual de la partería tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua, en tanto sistema de conocimientos subalternos.

3. Dar cuenta de los conocimientos y prácticas que han pervivido frente a la imposición del modelo médico hegemónico y han permitido la reproducción social de las comunidades de la Sierra Otomí-Tepehua.

### **Ejes analíticos**

El entramado de estos aspectos fue configurando las coordenadas de la investigación, las cuales se articulan en tres ejes:

- a) La exclusión y estigmatización de los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales, quienes han sido proveedoras históricas de la atención sanitaria local.
- b) Los conocimientos y prácticas de la partería tradicional construida desde la subalternidad, concebida como estrategia de reproducción social, material y espiritual de las comunidades.
- c) Las respuestas divergentes de contraconducta y de resistencia cotidiana que muestran las parteras y las usuarias frente al sistema institucional.

En este escenario, se partió de una aproximación situada a las parteras tradicionales de los tres municipios -Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla-, en la Sierra Otomí-Tepehua, mediante narrativas testimoniales sobre sus formas propias de conocimiento, su papel en la comunidad y su interacción con el personal del sector salud y las instituciones. Esto permitió identificar las dinámicas y las expresiones locales de la injusticia epistémica, así como las posibilidades de agencia política desde la percepción y el mundo de vida de las sujetas.

### **Coordenadas**

Para ordenar las dimensiones de la investigación que van de lo subjetivo a las decisiones operativas y teórico-conceptuales, acudí a la propuesta metodológica de Jorge Durand (2014), a fin de concretar las tareas de delimitación metodológica: a) temática, b) territorial, c) temporal y d) teórico-conceptual. Asimismo, se consideró la propuesta de Hugo Zemelman, quien sugiere partir del presente como un segmento de la realidad para articular niveles y miradas heterogéneas, entre diferentes ritmos temporales y escalas espaciales, a través de los cuales se

teje un entramado de relaciones que posibilita la objetivación de los fenómenos de la realidad (2011, p.40).

Desde esta perspectiva, la investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, fenomenológico e inductivo, lo cual implica partir de una práctica situada, construida con base en la observación, la escucha activa y la vivencia directa con las parteras, usuarias y personal de salud, a través de herramientas para la sistematización de información como entrevistas estructuradas, semiestructuradas y conversaciones abiertas. Ello permitió reunir elementos para identificar a las parteras tradicionales en su trabajo comunitario y en su vinculación institucional, como sujetas sociales nucleadas en torno a una política pública de salud materna infantil. Esto permitió aproximarme a sus percepciones y evidenciar las implicaciones de la injusticia epistémica en la vida comunitaria, a través de la experiencia de las parteras tradicionales, las usuarias y el personal de salud institucional habitante de esta subregión de la Otomí-Tepehua.

En continuidad, parte de mi trabajo consistió en sistematizar y organizar la información en los códigos culturales hegemónicos, la cual se presentó fragmentada, ya que fue necesario visitar localidades distantes entre sí; por ello, el trabajo de sistematización implicó la conjunción de diversas narrativas en un eje ordenador, al no contar con un sujeto colectivo.

En este sentido, no se trata de una investigación colaborativa o participativa en los términos que la epistemología crítica exige, pues no siempre existen las condiciones personales y socioterritoriales necesarias para su desarrollo. Para la investigación que aquí se presenta, las condiciones de la realidad implicaron tomar decisiones de vigilancia epistémica respecto del propio quehacer, centradas en el esfuerzo por evitar una práctica extractivista, al dar cuenta de los contextos de desigualdad social de los que emergen los conocimientos situados y al evidenciar el impacto de la injusticia epistémica en la práctica de las parteras, de una manera cercana que también atraviesa la subjetividad construida desde la experiencia de vivir el territorio.

Asimismo, una preocupación frecuente de las parteras es la pérdida de sus conocimientos, consciente de sus edades y de la falta de relevo generacional. Por ello, no dudan

en permitir ser visitadas por las estudiantes de enfermería de la UICEH y en explicar sus técnicas y ontologías sobre la herbolaría, la maternidad, los procesos de gestación y reproducción. En este sentido, el trabajo con parteras y estudiantes *ñuhus* y *tepehuas* constituye una forma de acción devolutiva que coadyuva a promover posibles procesos. Los resultados en el mediano y largo plazo son algo de lo que solo el tiempo podrá dar cuenta. En resumen, este trabajo no pretende imponer procesos que no están a su alcance, sino acompañar y caminar con la realidad de las sujetas, bajo la conciencia de auto vigilancia epistémica.

Además de estos procesos de reflexividad, se revisaron publicaciones, investigaciones, tesis de maestría y doctorado, así como fuentes periodísticas, en particular la sección *La Jornada del Campo* (18 de junio del 2022), que dedico un número y algunos artículos (20 de mayo del 2023) a la partería tradicional con aportaciones de especialistas, actores y activistas del movimiento en defensa de la partería. Asimismo, se consultó la Base de Datos de la Partería Tradicional del INAH (2023). Todo ello, con el propósito de construir un panorama general sobre la problemática.

En la dimensión territorial, los municipios de interés son Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla, ubicadas en la Sierra Otomí-Tepehua. Esta subregión presenta características geográficas y bioculturales que la definen, entre ellas los altos grados de marginación, las relaciones interétnicas históricamente construidas y la lejanía geográfica respecto de los centros urbanos, en comparación con la segunda subregión integrada por los municipios de Agua Blanca, Metepec y Acaxochitlán, ubicados en el altiplano. Este aspecto se aborda de manera más extensa en el capítulo tres.

Ahora bien, aun cuando pudiera parecer que el universo territorial es extenso (como en efecto lo es), la ubicación de las parteras es focalizada, dado que en la mayoría de las comunidades no cuenta con una partera o están inactivas. En términos de sistematización de la información, uno de los riesgos fue la generalización de la diversidad de la SOT, así como la

invisibilización de la particularidad de las parteras *tepehuas*, al constituir una minoría significativa dentro de la subregión.

La coordenada diacrónica-temporal sitúa a las parteras del presente en retrospectiva hacia la mitad de la década de los ochenta, periodo en el fueron cooptadas como recursos comunitarios para ampliar la cobertura en la Atención Primaria en Salud (APS), bajo el adiestramiento y supervisión del sector salud, en el marco de la implementación del programa de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR). Este referente permite identificar un lapso aproximado de 40 años de operación de este tipo de programas en la subregión hasta la actualidad.

En la Tabla 1 se describe el universo de estudio constituido por 46 parteras, que, si bien, tiene como base la información proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria XIII, Región Otomí-Tepehua, en el año 2017, fue actualizada y ampliada con base en el trabajo de campo, con el objetivo de contar con un panorama general de los tres municipios. Se estableció como criterio de inclusión su vinculación con el sector salud, entendiendo que esta no es lo que las define y reconociendo que existe una larga historia que antecede a su cooptación por la COPLAMAR, IMSS o SSH. No obstante, es este momento cuando se configuran como recurso humano auxiliar para la ampliación de cobertura en salud.

En resumen, a partir de un universo total de 46 parteras, se realizaron visitas a localidades de los tres municipios, con el objetivo de dialogar con ellas, además de aplicar cuestionarios y sostener conversaciones informales en el marco de los talleres organizados por la Jurisdicción Sanitaria XII. Este trabajo de campo permitió elaborar una síntesis sobre diversos aspectos de su práctica, sus conocimientos herbolarios, y los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como del proceso de salud/enfermedad/atención en el ámbito de la salud reproductiva. Los testimonios fueron recopilados a través de conversaciones informales y entrevistas semiestructuradas, realizadas con las siguientes parteras:

### **Municipio San Bartolo Tutotepec**

- a. Cabecera municipal: Estela Canales Jarillo
- b. San Andrés: Paola Mendoza Velasco, Ifigenia San Agustín Mendoza, Evarista Solís Mérida, Julia Solís Mérida, Aquilina San Agustín Mérida

### **Municipio Huehuetla**

- a. Cabecera municipal: María Mendoza Velasco
- b. San Guillermo: Juana Romero González
- c. San Esteban: Gonzala Tolentino Ramos

### **Municipio Tenango de Doria:**

- a. Lindero de San Francisco Cirila Guzmán Vargas
- b. San Pablo: Flor Jarillo
- c. Cerro Chiquito: Abundia Mendoza Islas (sobadora)

La única entrevista realizada en lengua otomí fue a la Sra. Gonzala Tolentino Ramos de San Esteban. Además de las parteras, también se tuvo la oportunidad de entrevistar a seis usuarias: Una realizada en lengua otomí, en la que se describe el uso del temazcal:

- a. Sra. Lucina Santiago Patricio -LSP-, San Nicolás, Tenango de Doria
- b. Sra. Irlanda Vargas Gayosso –IVG- de Santa Úrsula, pero radicada en Peña Blanca
- c. María del Carmen Trinidad Mendoza de Peña Blanca (MaCTM).
- d. Además de Ana San Agustín (ASA) del Mavodo y Judith San Juan (JSJ) de la cabecera municipal de Tenango de Doria.

Las dos entrevistas en lengua *ñuhu* y sus respectivas traducciones fueron realizadas con la colaboración de Jazmín Manrique Vigueras y Susana Mendoza Alvarado, ambas egresadas de la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (UICEH).

Para el apartado etnográfico, en el cotejo de los usos de la lengua *ñuhu*, sentidos y significados culturales, conté con las asesorías de Ana María San Agustín y Jazmín Manrique de

las localidades del Mavodo y San Esteban del municipio de San Bartolo Tutotepec. Así como de Abril Modesto Velasco y Jimmy Calixto, ambos de San Nicolás, Tenango de Doria.

Aunado a lo anterior, se sistematizó la información derivada de tres talleres de capacitación organizado por la Jurisdicción Sanitaria XIII. Dos de ellos se realizaron en coordinación con la UICEH en 2017, en cuyo marco se llevó a cabo un diagnóstico participativo sobre la percepción de las problemáticas en salud reproductiva en sus respectivas comunidades.

La sistematización de las entrevistas y del trabajo de campo conformó el contenido etnográfico de los capítulos 4 y 5. En el capítulo cuatro se presenta una tipología de especialistas de la medicina tradicional, elaborada a partir de cuestionarios de cinco preguntas aplicados a 70 delegados (representantes comunitarios frente al municipio) de un total de 268 localidades que integran la Subregión en el 2023.

El cuadro siguiente es un panorama general de parteras registradas por el SSH y el IMSS hasta el 2024. En adelante, se optará por colocar sus respectivas iniciales en las narrativas.

**Tabla 1.** Mapeo de parteras en la Sub región Otomí-Tepehua al 2024.

Municipio	Localidades	Núm.	Nombre de la partera	Iniciales	Edad
Huehuetla	Juntas Chicas	2	Carmina Tolentino Hernández	CTH	37
			Josefa Hernández Vargas	JHV	s/d
	El Borbollón	1	Emilia Tolentino Tenango	ETT	58
	San Lorenzo Achiotepic	2	Isabel Tolentino García	ITG	68
			Lucia Barranco Cabrera	LBC	70
	San Ambrosio	1	Ma. Licona de la Flor	MaLF	84
	San Antonio el Grande	1	Juana Santiago Fermín	JSF	85
			María Santos Tolentino Lira	MST	60
			Ocotál	3	Natalia Carbajal Tolentino
	Aristea Andrade Carbajal	AAC			60
	Mirasol (Lindavista)	1	María Mendoza Velasco	MMV	70
	San Antonio	1	Juana Santiago Fermín	JSF	85
	San Gregorio	1	María Viridiana	Ma.V	75
	San Guillermo	1	Juana Romero González	JRG	70
La Esperanza	1	Pánfila González Cruz	PGC	69	

Municipio	Localidades	Núm.	Nombre de la partera	Iniciales	Edad		
San Bartolo Tutotepec	Barrio de Aztlán	2	Pascuala de la Cruz Martínez	PCM	83		
			Eulogia Cayetano Escamilla	ECE	58		
	Cabecera municipal	1	Juana Aparicio Felipe	JA	70		
	San Esteban	2	Gonzala Tolentino Ramos	GTR	85		
			Florentina Sánchez Tolentino	FST	65		
	San Gregorio	1	Manuela Reyes	MR	85		
			Gilberta García Canales	GGC	83		
	Santa Úrsula	3	Hermelinda Barrales San Juan	HBSJ	79		
			Rosa Monroy Ruíz	RMR	80		
			Amada Francisca López Acosta	AFLA	52		
	Canjoy	2	Benita Velasco Tolentino	BVT	s/d		
			Paola Mendoza Velasco	PMV	80		
			Ifigenia San Agustín Mendoza	ISAM	s/d		
			Virginia Barrón Ramírez	VBR	56		
			San Andrés	8	Evarista Solís Mérida	ESM	63
					Cecilia Tolentino Licona	CTL	70
					Julia Solís Mérida	JSM	56
					Aquilina Mérida San Agustín	AMSA	86
	Valle Verde	2	Modesta Tolentino Casiano	MTC	60		
Manuela San Agustín Casiano			MSAC	70			
Cabecera	1	Regina San Juan Matías	RSJM	s/d			
		María Estela Canales Jarillo	ECJ	85			
Santa Cruz	2	Crescencia López Castro	CLC	86			
		Victoria San Agustín	VSA	s/d			
Cerro de Buena Vista	1	Ma. Herlinda Avelar Vargas	MaHAV	70			
Tenango de Doria	Lindero de San Francisco	1	Cirila Guzmán Vargas	CGV	80		
	Las Juntas	1	María Luisa Trejo	MLT	79		
	Cerro Macho	2	Eustolia San Juan San Juan	ESJSJ	s/d		
			Pascuala San Juan Pérez	PSJP	75		
	Santa Mónica	1	Juana Pacheco Nicolás	JP	57		
	San Pablo	1	Flor Jarillo Rivera	FJR	50		
TOTAL		46					

Elaboración propia con base a datos de la Jurisdicción XIII Otomí-Tepehua, y trabajo de campo 2017-2024

## ☪ ¿Por qué? y ¿Para qué hablar de injusticia epistémica?

“Disputar el concepto de conocimiento es disputar la vida misma”

(Broncano, 2020, p. 7)

Al posicionarme desde mi identidad ancestral, comprendo que disputar el derecho a sostener nuestras representaciones del mundo, formas de conocimiento y manera de pensar la realidad constituye un acto político-ontológico de permanencia y arraigo, tanto en la historia individual como colectiva. En este ámbito, la afirmación de la mismidad<sup>7</sup> en sus dimensiones territoriales a través de la memoria, lo ontológico y las formas de pensamiento, sustentan la reproducción material y espiritual de los pueblos originarios.

Situar esta reflexión en la dimensión teórica en la lengua dominante constituye una acción descolonial, en el marco de una epistemología pluralista a orientada a dialogar y demandar en términos académicos y normativos. Dicho debate, puede coadyuvar a trascender de los derechos culturales y lingüísticos hacia otros derechos: los territoriales, autonómicos y políticos.

Esto incluye el acto de nacer, pues se ha impuesto una negación mediante la obligatoriedad del parto hospitalario, sustentada en un discurso de inclusión que opera a través de espejismos y lagunas hermenéuticas<sup>8</sup> de la realidad. Dicha imposición constituye una forma velada de etnocidio cultural que, en los últimos cincuenta años, ha tenido como sujeto de objetificación la corporalidad de las mujeres de los pueblos originarios, negando sus derechos reproductivos y, de forma paralela, estigmatizando la partería como sistema de conocimiento.

En este sentido, abordar cierto tipo de conocimiento generado en la subalternidad implica discutir la injusticia epistémica, señalando los resquicios en los testimonios situados y cotidianos,

---

<sup>7</sup> Aquí la mismidad se entiende como la Identidad individual y colectiva construida desde y por los actores a partir de su realidad como afirmación de la identidad

<sup>8</sup> Concepto acuñado por Miranda Fricker, que refiere a la inexistencia de categorías para interpretar experiencias de opresión, cuando estas son insuficientes o distorsionadas. Laguna hermenéutica, ausencia o insuficiencia de recursos interpretativos de una comunidad para comprender o expresar experiencias en la cultura hegemónica.

donde no solo se estigmatiza una práctica, sino también a las y los sujetos epistémicos en su capacidad de generar y transmitir conocimiento, degradando en ello su humanidad. Por tanto, este documento tiene como propósito avanzar en la identificación de los mecanismos de estigmatización e injusticia epistémica como expresión de la violencia estructural en lo local.

**Figura 2.** *Reflexiones*



Taller de diagnóstico sobre problemáticas de salud materna-infantil Tenango de Doria. Fotografía de autoría propia, 2018.

## 1 Marco teórico conceptual

Testimonio 1. Esa mañana que me sobó la partera amanecí con dolores [contracciones], y le dije a mi esposo que sí funcionó lo que me hizo [la partera] y nos fuimos al hospital. Ahí me revisaron y me dijeron que empezaba con trabajo de parto. Me hicieron las preguntas:

- *¿Tomaste algunas hierbas?, ¿fuiste a que te sobaran? Porque eso trae consecuencias.*

Yo me quedé con miedo. Le dije -no tomé nada, - Sí, sí fui a que me sobaran.

-*Bueno, espero que no traiga consecuencias, porque las parteras no saben, lo que ahorita ya sabemos en la actualidad* –dijo el doctor-.

Desde que me dijo eso, entré con miedo; inclusive, me regañaron en el Hospital (JSJ, comunicación personal, 2022)<sup>9</sup>.

La narrativa anterior corresponde al testimonio de una joven *ñuhu* universitaria sobre su primer parto. Este episodio no constituye un caso aislado, ni el médico es un ente individualizado; sus palabras representan la síntesis de una formación profesional y de una determinada percepción de la realidad, y su actuar se inscribe como parte de un engranaje de un dispositivo disciplinar que legitima y normaliza determinados discursos y prácticas. Citar este caso sirve como ejemplo para ilustrar una interacción situada y asimétrica entre una usuaria y un médico, ocurrido en el Hospital Rural de Metepec.

Esta forma de desestimación constituye un mecanismo de acallamiento mediante la imposición de una autoridad epistémica verbalizada (en este caso) en un testimonio. Es lo que Miranda Fricker (2017) denominó injusticia epistémica,<sup>10</sup> y expresa una forma de violencia que condensa muchas otras (Araya, 2011). Desde la perspectiva de Michel Foucault, se comprende

---

<sup>9</sup> Egresada de la UICEH.

<sup>10</sup> Fricker y De Sousa Santos coinciden en señalar que las desigualdades sociales y las relaciones de poder asimétricas constituyen la base de la injusticia epistémica y del epistemicidio.

que “el poder no se encuentra en manos de una persona o grupo particular, sino que se ejerce de manera relacional y transversal a todo el cuerpo social mediante microprácticas institucionales” (Fair, 2010, p. 20). En este sentido, saber y poder se encuentran inexorablemente vinculados. En el testimonio citado, se impone la autoridad médica para descalificar la subjetividad de la usuaria a través del miedo como forma de control, representa un caso particular –pero no excepcional- de cómo el poder circula por toda la sociedad a través de las relaciones y en red de redes en microprácticas sociales e institucionales como formas de coacción directa o simbólica (Foucault, 1979).

En el escenario estructural, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) se constituye en vigilante disciplinar del saber e impone una verdad incuestionable al distinguir el “falso saber” generado en los espacios de la “otredad”, distanciándolo del “saber verdadero” concebido como verdad objetiva y racional, descalificando *a priori* los “saberes sometidos” (Foucault, 1992). Desde este enfoque, la ciencia médica se configura como una tecnología de imposición del poder-saber, cuyo objetivo es disciplinar y controlar el cuerpo (anatomopolítica) y a las masas (biopolítica), es decir la gestión de la vida como característica de dominio del capitalismo.

Esta percepción de la realidad se normalizada y legitima, en el caso del MMH, mediante la jerarquización y el ordenamiento de la disciplina científica en universidades y centros oficiales de investigación. Dichas instituciones están constituidas por comunidades –campos sociales- creadas como mecanismos productores y reproductores de saberes e información, orientados a sostener una verdad hegemónica avalada por el Estado y el orden económico. A través de ellas se impone una vigilancia epistémica que delimita las fronteras de la ciencia (Sánchez-Antonio, 2022, p.104-111).

De este modo, el poder-saber se reproduce mediante mecanismos tanto estructurales como situados: “saber y poder son dos caras de una misma moneda, el poder y saber se implican directamente el uno al otro; no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo

de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder” (Fair, 2010, p. 20).

Siguiendo a Michel Foucault (1992), uno de los propósitos de los dispositivos de poder, en toda su complejidad de relaciones, estrategias, prácticas, normas y tecnologías, es el sometimiento de los saberes construidos al margen del sistema hegemónico, en los espacios de la “otredad” subalterna. Estos “otros” saberes son constituidos por las y los sujetos como estrategia de vida para la reproducción material y simbólica del colectivo, representan la respuesta situada de los grupos oprimidos, y constituyen la semilla potencial de los saberes insurrectos.

De los saberes sometidos, emergen las acciones de contraconducta, entendidas como formas de subversión al orden impuesto. Los saberes sometidos refieren a:

A todo un conjunto de conocimientos descalificados pues, estaban señalados como no conceptuales o como insuficientemente elaborados. Es decir, saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, situados por debajo del umbral del conocimiento científico o de la rigurosidad científica exigida [...] Este conocimiento, no es un conocimiento común sino un conocimiento particular, un saber local, regional, que no goza de unanimidad y que sólo aparece por la resistencia que opone a los que lo rodean (Ávila-Fuenmayor, 2006, p. 220).

A los saberes insurrectos se llega mediante el método genealógico,<sup>11</sup> orientado al desbloqueo epistémico, a través de la reconstrucción y revisión de los efectos del poder -como la desigualdad y el sufrimiento- sobre los saberes sometidos locales, –periféricos o marginales-. Este proceso no busca renunciar al saber científico-occidental, sino cuestionar y desmontar las dinámicas de control y vigilancia propias del saber institucional (Castro-Gómez, 2007). Los

---

<sup>11</sup> En síntesis, el método genealógico, rastrea el origen de las prácticas y discursos, para desmontar o comprender como fenómenos sociales específicos se posicionan y normalizan.

saberes insurrectos pueden -aunque no necesariamente- derivar en teoría crítica y en *praxis*, que convergen en procesos de desbloqueo epistémico, cuya base son las acciones de contraconducta frente a los saberes sometidos.

Es decir, la contraconducta es el germen que da pie a la insurrección de los saberes sometidos, comprendida como un conjunto de acciones situadas de resistencia y persistencia cotidiana que las personas instrumentan para afrontar los avatares de la vida, incluidos aquellos que se articulan ante las prácticas del micropoder. En este sentido, la perspectiva teórica de Michel Foucault resulta pertinente para el análisis de las interacciones del micropoder, centradas en lo situado, y que en esta investigación se abordan bajo el concepto de injusticia epistémica, en sus dos categorías: “testimonial” y “hermenéutica”.

Aquí hago un paréntesis para apuntar y diferenciar el concepto de hegemonía según Gramsci, que precede a Foucault y Bourdieu. El concepto de hegemonía para Gramsci no es equivalente al de dominación, ya que la hegemonía supone un proyecto político, ideológico y cultural que se construye a través del consenso activo, no exento de conflicto, y que tiene la capacidad de influir en una visión del mundo mediante diversos medios, con fundamento en la lucha de clases. En tanto que la dominación se refiere al control y la imposición de la clase en el poder.

Gramsci apostaba por una hegemonía de las clases proletarias como horizonte político deseable, articulando la teoría -papel de los intelectuales- y práctica (*praxis*) (Waiman J., s/f; Albarez, 2016). Por su parte, para Michel Foucault, la hegemonía se vincula con un principio de dirección de un bloque socioeconómico, de manera tal que existe una correlación entre hegemonía, poder y saber, lo que conlleva la imposición de una visión del mundo a través de instituciones educativas, políticas, económicas, así como de los medios de comunicación, mediante discursos que operan como dispositivos y tecnologías de poder.

## 1.1 Injusticias epistémicas

Testimonio 2. (...) Es que, muchas veces, aunque te hayan impartido una plática [de capacitación como partera tradicional], en realidad vas a los hospitales y [los doctores] hacen lo que ellos dicen, no lo que una quiera. Lo digo en lo personal: yo también me he aliviado en hospitales; mi niña nació aquí y la chiquita en el hospital. Entonces dan una plática [de capacitación] y allá [en el hospital como usuaria] te imponen...

[En la capacitación] te dicen - *Ya se va hablar con los médicos de que atiendan a sus parturientas, la posición que ellas quieran.* - Pero no, la realidad es otra. Dicen los médicos: -*Aquí yo soy el doctor, yo soy el que ordena* (JSM, comunicación personal, abril 2023).

La narrativa del testimonio 2 corresponde a una de las parteras más jóvenes (56 años al momento de la entrevista), quién ha acudido de manera regular a capacitaciones y comparte su experiencia de interacción con los médicos del sector salud.

Si bien la perspectiva de Michel Foucault permite comprender las dinámicas de la microfísica del poder, expresada en las interacciones y narrativas de las parteras. El concepto de injusticia epistémica permite trasladar la problematización al plano de las subjetividades, desplegada en las interacciones situadas, donde es experimentada por las personas afectadas en su condición de sujetos de conocimiento.

Miranda Fricker, en su libro *Injusticia epistémica* (2017), acuñó este concepto como eje central de su análisis y delimitó dos categorías: la injusticia testimonial y hermenéutica. El término hace referencia al agravio cometido contra las personas en su capacidad epistémica (Fricker, 2017, 45; Medina, 2021, 228) a través de acciones de invisibilización, infantilización y negación. Este concepto se inscribe en las corrientes de la filosofía feminista crítica y la epistemología social que "...invitan a entender el conocimiento como una práctica social condicionada por un

conjunto de intereses y propósitos incorporados en una estructura social” (Garzón-Rodríguez & Acosta, 2022, p. 6).

A su vez, las aportaciones y cuestionamientos formulados por intelectuales como José Medina (2021), Moira Pérez (2019), Blas Radi (2022) y Fernando Broncano (2020) contribuyeron a que el concepto trascendiera el análisis de lo situado hacia la comprensión de la injusticia epistémica como fenómeno colectivo y político. En particular, Moira Pérez y Blas Radi (2018) abordan el concepto de injusticia epistémica, para referirse a:

“... a las distintas maneras en que la violencia es ejercida en relación con la producción, circulación y reconocimiento del conocimiento: la negación de la agencia epistémica de ciertos sujetos, la explotación no reconocida de sus recursos epistémicos, su objetificación (deshumanización), entre muchas otras” (Pérez M. 2019, p. 82),

Lo anterior apunta a que estos procesos son graduales y acumulativos. Esta perspectiva pone el foco en las interacciones entre sujetos, en los momentos en que quienes se adscriben o detentan el poder-saber hegemónico desacreditan los juicios y conocimientos de sus interlocutores. Este fenómeno es una expresión abreviada de una estructura social jerárquica, y se produce de forma sistemática hacia las “otredades”, que son percibidos bajo una identidad social en exclusión.

El prejuicio epistémico hacia los sujetos “otros” suele ser proporcional a las condiciones de desventaja, en la que entrecruzan condiciones de un sujeto, que lo afecta no solo en su capacidad cognitiva sino como ser social (Burlando, 2019, p. 104). Un ejemplo de ello son las mismas parteras, quienes concentran múltiples ejes de desigualdad como: mujeres (género), racializadas (indígenas), en situación de pobreza extrema (condición social) y, – en este caso- de la tercera edad. De este modo, la injusticia epistémica, en tanto forma de negación cognitiva y ontológica, niega la capacidad o potencialidad política del sujeto, al no considerarlos como entes epistémicos válidos.

En resumen, la injusticia epistémica es el agravio verbal y simbólico ejercido a partir de preconcepciones emanadas de una visión universalista, que los sujetos reproducen desde su “propio” prejuicio identitario<sup>12</sup> y con base en una “autoridad epistémica” (Fricker, 2017) avalada por los sectores e instituciones hegemónicas, en contra de las voces, saberes y prácticas de los sujetos en posición de subalternidad. Desde esta perspectiva, el descrédito es el resultado de prejuicios interiorizados como verdad. La “autoridad epistémica” se sustenta en el capital social, cultural y económico de los individuos, derivado de una posición históricamente privilegiada en la estratificación social. El agravio consiste en la exclusión sistemática de los sujetos, marginando su participación y mermando la confianza en sí mismo, en una exclusión prejuiciosa (Fricker, 2017, p. 54).

Blas Radi y Moira Pérez (2019, p. 82) atribuyen a la violencia epistémica una serie de características, entre las que destacan la objetificación, la desautorización, la descalificación, el extractivismo académico, dependencia epistémica, el uso instrumental, y la producción de representaciones totalizantes y estereotipadas, todas ellas inscritas en una lógica colonial. La objetificación, como una de las expresiones de la violencia epistémica, refiere a la construcción de las “otredades” como sujetos-objeto de conocimiento, a partir del establecimiento de una diferenciación jerárquica entre un “nosotros” y “ los otros” —legitimado como productor de saber— y “los otros”, reducidos a fuentes pasivas, observables y clasificables.

Para efectos de esta investigación, se comprende la violencia epistémica como un fenómeno de carácter estructural, mientras que la injusticia epistémica constituye una de sus expresiones situadas. Un ejemplo concreto de injusticia testimonial y hermenéutica se encuentra en el diálogo del testimonio 1, presentado en el epígrafe que abre este apartado. Dicho

---

<sup>12</sup> El prejuicio identitario, se refiere a la percepción de los sujetos con base a la pertenencia a un grupo social, etnia, clase, género, que conforma prejuicios en relación a la generación y acceso al conocimiento y validación como sujetos epistémicos (Moirá, 2019).

intercambio, sostenido entre una usuaria y el médico del hospital, revela un discurso de imposición de autoridad epistémica ejercida por quién detenta un micropoder, legitimado por un dispositivo institucional. Este entramado posibilita la reproducción y normalización de prejuicios identitarios que orientan la práctica y los discursos médicos.

Lo que el médico expresa no es solo una percepción individual, sino que se comparte dentro de un colectivo formado en la disciplina científica del Modelo Médico Hegemónico y configurado por un *habitus* médico autoritario. Ambos conceptos se abordarán más adelante.

De las dos categorías de injusticia epistémica –testimonial y hermenéutica- esta última resulta la más compleja de aprehender. La injusticia hermenéutica se produce en la interacción entre sujetos cuyas percepciones están mediadas por marcos colectivos de sentido, y se manifiesta en la incomprensión de los códigos culturales que estructuran mundos de vida diferenciados y estratificados.

En consecuencia, suelen faltar códigos de comunicación suficientes para nombrar, comprender, validar o dar sentido a la experiencia del otro. Si bien esta limitación puede estar presente en ambos lados de la interacción comunicativa, en el caso de los sujetos en condición de desventaja interseccional su voz queda sistemáticamente subordinada.

Dicho de otro modo, la diferencia no radica únicamente en la incomprensión de los códigos, sino en la imposición unilateral de una de las partes en la interlocución, sustentada en el poder de la denominada “autoridad epistémica”. Esta imposición se traduce en prácticas de “ninguneo”, silenciamiento, invisibilización, “objetificación” y “atragantamiento” de los sujetos en desventaja, quienes enfrentan la imposibilidad de expresar sus agravios. Incluso cuando logran hacerle a partir de sus propios códigos culturales, sus expresiones tienden a ser desvalorizadas o, en el mejor de los casos, tratadas con condescendencia.

La injusticia hermenéutica compromete injustamente la inteligibilidad de los actores sociales y ocurre cuando un grupo de hablantes es injustamente privado

[o carece] de recursos expresivos para comunicar experiencias o cuando sus intentos de hacerlo se consideran carentes de sentido (Medina, 2021, p. 229).

En el segundo epígrafe (testimonio 2), se hace referencia a la noción de “espejismo hermenéutico”. Para explicar esto, es necesario señalar que, si bien existe un discurso institucional que alude al avance y el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres indígenas –enmarcado en capacitaciones dirigidas a médicos y enfermeras sobre el enfoque de salud intercultural, como parte de las acciones de la política pública en salud-, la experiencia vivida de la partera que es usuaria a la vez, contradice de manera contundente dicho relato. Es decir, existe un espejismo hermenéutico en los discursos públicos, y esto permea y se reproduce para el consumo social. Pero para las parteras, esto se vuelve difuso e incomprensible. Dice JSM:

[En la capacitación] te dicen - *Ya se va hablar con los médicos de que atiendan a sus parturientas, la posición que ellas quieran.* - Pero no, la realidad es otra. Dicen los médicos, *aquí yo soy el doctor, yo soy el que ordena* (JSM, comunicación personal, abril 2023)

La brecha hermenéutica va más allá de la incomprensión entre dos sistemas culturales y sociales, pues da cuenta de una serie de injusticias testimoniales que se producen en el marco de interacciones que no son simétricas ni dialógicas. En los testimonios de la partera (JSM) y la usuaria (JB) emergen sentimientos de incomodidad y enojo; sin embargo, la dificultad central radica en cómo nombrar lo sucedido. Si bien la categoría de violencia obstétrica permite identificar el daño experimentado, resulta pertinente cuestionar si esto es suficiente para dar cuenta de la impotencia generada por la brecha entre los discursos institucionales de reconocimiento y la realidad vivida por las mujeres.

La dificultad analítica de la “injusticia hermenéutica” como categoría radica en que apunta a la ausencia de códigos compartidos para nombrar y expresar la violencia, situándose en un espacio liminal de no comunicación, en el cual se impone la voz de quienes detentan autoridad

epistémica como verdad hegemónica. En este sentido, la violencia hermenéutica opera en el espacio interpretativo, donde lo testimonial se configura como la verbalización de una injusticia vivida y percibida como tal por quien la padece, pero que no es comprensible o importante para el interlocutor dominante. Este proceso es el resultado de interacciones entre sujetos situados en posiciones desiguales de poder dentro de un campo específico, y se inscribe en las dinámicas de la microfísica del poder.

Recuperando a José Medina (2011), el autor señala que relaciones de poder pueden producir excesos o déficits de credibilidad epistémica por razones que poco tienen que ver con el tipo, la eficacia práctica o el valor simbólico de los conocimientos de determinados sujetos o colectivos, y que responden, más bien, a motivos extra-epistémicos. Esta negación es a la vez una invalidación de su subjetividad política de quienes la padecen.

Medina, amplía este análisis al introducir el concepto de “ignorancia activa”, para referirse a la disposición de sujetos jerárquicamente privilegiados e “incapaces de reconocer sus propias limitaciones intelectuales”. En contraposición, propone la idea de “resistencia o activismo epistémico” (Medina, J. 2013, p. 9) como forma de enfrentar y disputar la violencia epistémica, mediante prácticas que desafían la autoridad cognitiva dominante y reivindican saberes situados.

Para José Medina (2013) y Giannina Burlando (2019), la violencia y la injusticia epistémica son categorías análogas, en tanto ambas dañan física y moralmente a los sujetos al afectar su condición de agentes de conocimiento. Medina añade como elemento la “obligación moral” de quienes presencian situaciones de injusticias epistémica, subrayando la responsabilidad ética de no permanecer indiferente frente a dichas prácticas.

Un ejemplo de esta obligación puede observarse en el papel de la academia frente a la violencia epistémica padecida por los sujetos y los colectivos sistemáticamente excluidos como productores de conocimiento, no debido a la eficacia práctica y/o espiritual de los saberes, sino como resultado de los prejuicios identitarios que deslegitiman sistemas culturales y sociales diferentes al hegemónico. Este mirar hacia otro lado fue conceptualizado por Medina “ignorancia

activa” (arrogancia, pereza, indiferencia, extractivismo), para lo que un hace un llamado a la “interacción epistémica”, entendida como:

El desarrollo de hábitos reactivos y comunicativos, que hace operacional nuestra capacidad de respuesta a los múltiples y diversos otros, no importando cuán diferentes sean. Se convoca al cultivo de sensibilidades sociales que nos abran a los otros diversos, cognitiva, afectiva y comunicativamente, que nos permitan compartir espacios responsablemente y comprometernos en actividades en conjunto. (Medina, 2013, p. 9).

La resistencia epistémica implica la capacidad de incidir en las estructuras simbólicas y afectivas, con potencial de construir nuevos modelos de reconocimiento y producción de conocimiento social. Para Medina, la resistencia epistémica se concretiza en la acción colectiva y en los movimientos sociales orientados a la denuncia pública y a la transformación del imaginario colectivo como condición para el cambio social. En este sentido, la injusticia epistémica – en su dimensión testimonial-hermenéutica- tiene posibilidades de derivar en resistencia epistémica.

Un ejemplo paradigmático de este proceso es el impacto del movimiento *#MeeToo* en diversos países de América Latina, donde testimonios individuales, inicialmente deslegitimados o silenciados, adquirieron inteligibilidad pública al articularse colectivamente, produciendo desplazamiento en los marcos interpretativos dominantes. Sin embargo, es necesario señalar que no todos los actos de injusticia epistémica derivan en procesos de resistencia epistémica. Para que ello ocurra, se requiere que los sujetos cuenten o desarrollen capital social, cultural y político suficiente que les permita promover cambios sociales con impacto en los imaginarios colectivos, en los términos postulados por Medina.

La “ignorancia activa” consiste en detentar una actitud intencional de indiferencia o apatía por entender y cuestionar las dinámicas de opresión que afectan a los “otros”, en la medida que dichas dinámicas son imperceptibles, invisibilizadas y normalizadas. Para dar cuenta de este

fenómeno, Medina (2013) recurre a los conceptos de “mentalidad cerrada” (*closed-mindedness*) y “arrogancia epistémica”, entendidos como vicios epistémicos de sectores socialmente privilegiados. A estos vicios epistémicos se oponen la “virtud” y la “responsabilidad” implicadas en la “interacción epistémica,” concebida como conducta socialmente ética.

En este sentido, frente a situaciones de violencia epistémica, los sectores en posición de privilegio tienden a desplegar formas específicas de “ignorancia activa” (Medina, 2022), que operan como forma específica de “vicio epistémico”. Éste actúa como sesgo de arrogancia cognitiva de los sujetos, como justificación de las relaciones de poder y el *statu quo* que sustentan el privilegio epistémico.

A manera de Medina, Blas Radi y Moira Pérez y Burlando, adopto la idea de equipar la violencia epistémica con injusticia epistémica, en las dos categorías señaladas por Fricker: testimonial y hermenéutica. Si bien a la autora se le cuestiona que centre su análisis en la prácticas epistémicas socialmente situadas (Medina, 2021), ella misma admite que resulta prudente adoptar una interpretación flexible del concepto, con el fin de ir más allá de los intercambios epistémicos entre actores locales y, en cambio, enmarcar la injusticia epistémica como un fenómeno estructural con dimensiones políticas y sociales de control sobre la población, tal como lo propone Fernando Broncano (2020) y Pérez Medina (2013).

Lo anterior justifica el engarce con la perspectiva de Foucault sobre la biopolítica y la anatomo-política como ejercicio de poder del Estado, en campos donde operan los capitales socialmente predeterminados, de acuerdo al marco teórico de Bourdieu.

En esta investigación, el foco se sitúa en las narrativas, es decir, en el habla, en tanto el daño de la injusticia testimonial consiste en el acallamiento de los sujetos como hablantes. En este sentido, “cuando la injusticia epistémica afecta a un sujeto, lo hace de manera transversal, pues no solo lo degrada en su capacidad de conocer, sino en sus características esenciales en tanto ser social” (Burlando, 2019, 108), Este daño se intensifica al entrecruzarse identidades y posiciones sociales en clave interseccional.

Si bien los conceptos de injusticia testimonial e injusticia hermenéutica constituyen ejes teórico centrales del marco teórico de este documento, es necesario señalar que se trata de un campo de debate aún en construcción. Dicho campo busca comprender las articulaciones entre lo local y lo estructural, ámbitos en los que operan mecanismos de reproducción y reconfiguración del biopoder que sustenta el *estatus quo*.

## 1.2 Desacuerdos con el orden establecido

-Vamos- dijo el policía, forzando a Karlie entre la multitud.

-Por supuesto- dijo Karlie por primera vez, y miró a la multitud con la arrogancia de alguien que se había atrevido a sentarse en una banca SÓLO PARA BLANCOS (Rive, 2012, p.126).

El epígrafe corresponde al fragmento final de un cuento del escritor Richard River, escrito como forma de protesta contra el *apartheid* en Sudáfrica. Su pertinencia radica en que narra el diálogo interno de un individuo enfrentando una decisión aparentemente simple –sentarse en una banca o aceptar las convenciones de exclusión de su momento histórico-, pero que encierra una carga política. Si bien se trata de un gesto que, desde nuestra mirada, podría parecer trivial, para el protagonista es un acto transgresor que implica romper con una historia colectiva y con una estructura ideológica interiorizada que lo determina, y que le susurra al oído la inferioridad de su pueblo.

Esta acción va más allá una desobediencia individual y trasciende al plano de lo colectivo, aun sin estar necesariamente organizada o concertada. Se trata de una subversión de las normas convencionales establecidas, que Michel Foucault (2006) conceptualiza como “contraconducta”, entendida como el desafío a las expectativas sociales “normales” interiorizadas que los sujetos asumen para conducirse a sí mismos y a los otros. La contraconducta es:

Una lucha en contra de los procedimientos implementados para conducir a otros, es decir, contra dispositivos y tecnologías de gubernamentalidad. Digamos que si

“donde hay poder hay resistencia”, “donde hay gubernamentalidad hay contraconducta” (Salazar-Rendón & Castaño-Urdinola, 2023, p. 8).

Para Foucault, las acciones de contraconducta no son exclusivas de los colectivos, sino que también pueden ser individuales, como prácticas de “uno mismo sobre sí mismo”. Lo ejemplifica con el ascetismo,<sup>13</sup> explicado como un acto situado de contraconducta en un momento socio histórico definido, en una suerte de lucha interna que los individuos libran consigo mismo, y en el cual, la autoridad, la presencia, la mirada de otro son, si no imposible, al menos no necesarias (Foucault 2006, 245). Puede decirse que se interioriza al policía social que regula la conducta – el que impide sentarse en la banca-; sin embargo lo que nos dignifica como humanos es ir en contra de lo que nos determina a ser “otro ladrillo en la pared” (Pink Floyd, 1979).

Así, para Foucault, el sentido del concepto de contraconducta es accionar en contra de los procedimientos implementados para conducir a otros (Foucault, 2006), y esto en sí, constituye un acto político-ético, en cuanto modifica las relaciones de fuerza entre los individuos y las posibilidades de acción (Davidson, 2012). Una de las características de la contraconducta es su capacidad creativa, *performativa* (aquí interpretado como transformadora), como respuesta originada en el desacuerdo con las normas (Foucault, 2006).

Salazar Rendón y Castaño Urdinola, siguiendo a Foucault (2023, p. 8), incorporan la idea de la resistencia como efecto de desacuerdos en contra del dominio, y en este sentido, como acción política frente a lo establecido y no necesariamente articulada o colectiva. De estos autores retomo la idea de “desacuerdo” como reacción del sujeto al “acusar el efecto” (RAE, 2023) de la violencia epistémica, ante el cual se revelan. El desacuerdo lleva a una acción creativa de contraconducta, de resistencia y de persistencia cotidiana frente al orden disciplinario establecido.

---

<sup>13</sup> Michel Foucault introduce este concepto en el curso Seguridad, Territorio y Población en el año 1978 en el *Collège de France*, en este marco ofrece tres ejemplos de contraconducta: Ascetismo, rebeliones de la conducta y suicidio y humillaciones.

Los referentes conceptuales de “resistencia cotidiana” y “contraconducta” permiten entender el proceso a través del cual estas parteras, no obstante constituirse en sujetos estratégicos de intervención del Estado, re significan su actuar con acciones de resistencia-persistencia cotidiana o contraconducta, que si bien, a los ojos externos, pueden parecer mínimos, en sus propias cavilaciones significan cambios paulatinos de subversión frente a la dominación epistémica, como parte de las políticas impuestas por décadas (1986-2024). En este sentido, entiendo a la manera de Salazar y Castaño, que la resistencia (individual y organizada) no son solo prácticas de aguante o de defensa, las resistencias, al decir “no”, son creativas y producen nuevos significados o recuperan los sentidos periféricos, agenciando maneras de existir *performativas* (Salazar-Rendón & Castaño-Urdinola, 2023, p. 11).

La resistencia cotidiana (Scott, 2000) se refiere a tácticas ocultas y silenciosas que individuos, conscientes o no de su posición subalterna elaboran frente a la opresión y se construyen en el día a día en confrontación con el poder de los dominantes. Es un concepto para explicar cómo acciones aparentemente aisladas constituyen estrategias que se tejen también en la acción diaria, en confrontación y/o a través de pactos tácitos entre opresores y oprimidos, que ocurren en el espacio simbólico y concreto; en este sentido, son estrategias de vida (2000, p. 22). A estos procesos Scott denominó la “infrapolítica de los desposeídos” (arte de la política encubierta), al crear espacios culturales disidentes que escapan a la vigilancia pública.

La contraconducta tiene analogías con el concepto de resistencia cotidiana de James Scott, Stellan Vinthagen y Anna Johansson, en el sentido de situar las acciones *performativas* y/o silenciosas de los sujetos en contextos situados que interactúan a partir de sus subjetividades, con base en lo cual toman las decisiones de la vida diaria frente a una realidad cambiante y transitoria. “Es una forma de actividad que a menudo evita ser detectada como resistencia. Pero también podría ser invisible por la sociedad, al no ser reconocido como tal” (Vinthagen y Johansson citado en Salazar & Castaño, 2023, p. 9).

Según estas dos últimas autoras, la resistencia cotidiana se podría caracterizar de la siguiente manera: a) nivel medio de visibilidad; b) no construye una identidad colectiva y/o política reconocida; c) es infrapolítica, ya que sus mecanismos son ocultos; d) es difícil la configuración de acciones al mediano y a largo plazo; e) no implica conciencia política de la acción que se está realizando, ni se requiere de una situación que se perciba como injusta (Vinthagen y Johansson citado en Salazar & Castaño, 2023, p. 10).

Uno de los cuestionamientos a esta perspectiva es que no articula la idea del actor social colectivo, sino que parece reducirla a las prácticas de resistencia cotidiana como válvulas de escape a la presión social (Héau Lambert, 2007, p. 59). En cambio, Thompson (citado en Aguirre, 2010), en esta misma línea, sí contempla a los actores en su quehacer colectivo como condición para trascender las estrategias del “discurso oculto” de los oprimidos hacia la toma de conciencia social y la resistencia colectiva.

**Figura 3.** *Reinventando la tradición ante la pandemia*



Mural realizado por el colectivo de jóvenes *Jäit'sibi*, en la cabecera municipal, San Bartolo Tutotepec. Fotografía original de la autora, 2021.

Oprimidos y dominantes instrumentan dos tipos de discursos: el público y el oculto. La práctica de la dominación crea el discurso oculto, estableciendo una subcultura y oponiendo su propia versión de la dominación social a la de los sectores dominantes. Las relaciones entre los grupos de poder y los subordinados constituyen el encuentro del discurso público de los primeros con el discurso oculto de los segundos. En este caso, los discursos ocultos de los oprimidos constituyen la génesis de la resistencia (Scott, 2000). James Scott, David Le Bretón y Barrington Moore consideran el papel predominante de las emociones, sentires y afectos en la producción de lo social (Quintana Diego, 2020, p. 148). Moore lleva la reflexión al “agravio moral” sufrido por los actores oprimidos como factor de cambio social y cimiento de la desobediencia ante la injusticia, condicionada a la toma de conciencia de su situación de opresión (violencia simbólica o represión física) frente a quienes detentan el poder político.

Edward Palmer Thompson (Aguirre, 2010) vinculan el concepto de “resistencia cotidiana” con el de “economía moral de la multitud” para explicar procesos que emergen desde la subalternidad de los oprimidos. Para Thompson, la economía moral se refiere a los mecanismos y criterios que determinan las acciones y respuestas de protesta de la multitud en el momento de la ruptura abierta y rebelde del pacto social.

Concluyo este apartado con la narración de JSJ. La experiencia de su parto terminó con el traslado de su hija al Hospital Infantil de la ciudad de México, gracias a la convergencia de un conjunto de actores ajenos a la institución de salud, que se solidarizaron con su voz. No es el caso de tantas otras mujeres que permanecieron en el anonimato:

En ese momento estaba muy grave mi hija; me dijeron que se iba a morir. Justo ese día llegó una chica a quien no querían atender; apenas estaba en proceso (de dilatación). Saliendo esta chica de ahí [del consultorio] tiene su bebé en la sala [del hospital], así, se le cae, nació la niña. Incluso la tuvieron que haber trasladado a Pachuca, pero se quedó ahí; dieron prioridad a mi hija (por la presión social). Le dije [a la usuaria], ¡muévete!, porque si no, tu hija se va a morir. No supe más de

ella, solo que eran de la comunidad Peña Blanca. ¡Muévete!, solo así me están haciendo caso. Llegaron periodistas para ver su situación, ya que había tenido su bebé en la puerta del hospital. Si confiamos solo en los doctores, ¿pues qué esperamos? (JSJ, comunicación personal, 2023).

### 1.3 Modelo Médico Hegemónico (MMH) y Subordinado (MMS)

Testimonio 3: ...La relación médico-usuaria es una relación de poder, de quién *supuestamente sabe* y esa *sabiduría* es para establecer un *cállese, no puje; si puja va a ahogar a su hijo*, y no pasa nada; pero al médico le molestan los gritos, entonces puede hacer uso de ese poder (Dra. RA, San Bartolo T., comunicación personal, 2022).

Acudo a este testimonio para explicar de manera sintética a qué se refiere el concepto de Modelo Médico Hegemónico como paradigma y su relación con la biopolítica de Estado. Eduardo Menéndez, antropólogo de origen argentino, radicado en México, ha promovido desde los sesenta este concepto para el análisis del:

...conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988, p. 1).

Menéndez parte de un cuestionamiento al paradigma médico en su función normalizadora de control y legitimación de su práctica y de su dominio, centrado en los procesos biológicos (Menéndez, 1988, p. 2). La tríada/ salud /enfermedad atención (s/e/a) permite el análisis de la coexistencia y de la interacción asimétrica de modelos médicos subalternos y hegemónicos, tales como la partería como subcategoría de la medicina tradicional en su relación con la medicina científica. En esta perspectiva se reconocen tres modelos médicos:

- a) Hegemónico, que comprende tres vertientes: individual, corporativo público y corporativo privado.
- b) Subalterno, también llamado subordinado y/o alternativo
- c) Autoatención

Para la práctica médica dominante (MMH), la salud y la enfermedad son hechos naturales y biológicos, en primer término, antes que socioculturales e históricos. Se caracteriza por su eficacia pragmática, predominio teórico-práctico y racionalidad científica; además de individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, asimetría en la relación médico-usuario, autoritarismo, medicalización e intervención en los procesos fisiológicos, así como la exclusión del conocimiento de los usuarios/as.

De estos, el biologismo representa un rasgo estructural de la práctica y formación médica, que predomina por encima de lo social, con tendencia a invisibilizar las determinantes sociales de los procesos s/e/a. No obstante, se reconoce que se ha promovido la incorporación de enfoques humanistas y sociales en la práctica clínica, pero estas concepciones continúan sujetas y subordinadas a la perspectiva biológica.

En contraposición, el Modelo Médico Subalterno (MMS) constituye una diversidad heterogénea de conocimientos y prácticas que abarcan desde las medicinas tradicionales de origen mesoamericano -como la herbolaria y la medicina tradicional mexicana, incluyendo la partería- hasta propuestas alternativas no occidentales, como la medicina china y medicina *ayurvédica*, la acupuntura y las flores de *bach*.

El Modelo Médico Subalterno comparte ciertos rasgos con el MMH, entre ellos el pragmatismo, la asimetría y el autoritarismo en la relación sanador/a-usuario/a. Sin embargo, se diferencia por la eficacia simbólica en el proceso terapéutico, la racionalidad técnica y la legitimación comunitaria como condicionantes de su efectividad (Barragán, 2005, p. 67; Castro, 2014).

Desde la antropología médica, la biomedicina y su racionalidad científica se conciben como un hecho social inscrito en una red de relaciones de poder y discursos generados durante la formación universitaria, la práctica profesional y la investigación médica. En el que, solo en cierta medida los sujetos son conscientes de su papel en el sostenimiento y reproducción del orden social-médico, percibido como normal y no como un dispositivo de control epistémico hegemónico, cuyos primeros afectados son los propios estudiantes de las carreras clínicas (Menéndez, 2018, 2020; Castro & Erviti, 2015).

Esta cuestión fue abordada también por Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014) mediante el concepto de *habitus* médico autoritario como herramienta de análisis de la práctica médica. Para ello, retomaron las bases teóricas del estructuralismo constructivista de Pierre Bourdieu y los ejes conceptuales de Michel Foucault sobre control y poder disciplinario.

La propuesta buscó explicar las relaciones de poder que la biomedicina reproduce en los diferentes niveles del campo médico, modelado a lo largo de la formación y práctica profesional. Uno de sus principales aportes consiste en centrar la mirada en las determinantes sociales, desde la perspectiva de los derechos, en el acceso a la salud reproductiva de las usuarias, reconociendo su agencia y ejercicio ciudadano.

Castro y Erviti (2014; 2015) identificaron lagunas en los análisis sobre las prácticas y dinámicas médico-usuaria, caracterizadas por formas de autoritarismo en la atención. Estos problemas se intensifican en contextos de marginación socioeconómica y generan impactos directos en los cuerpos de las mujeres a lo largo del ciclo vital-reproductivo.

En este análisis, a fin de develar el origen y la reproducción de actos de violación a los derechos de las usuarias, se parte de un análisis sociológico centrado en el concepto de *habitus* médico como ordenador del autoritarismo y, a su vez, como mecanismo reproductor de las

estructuras y relaciones de poder en el campo de la salud, dentro de un contexto cultural y social normalizador (Castro, 2014, p. 23). Castro define el *habitus*<sup>14</sup> médico como:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar, los médicos- a través de la formación que reciben en la facultad de medicina en los hospitales de enseñanza” (Castro & Erviti, 2015, p. 49).

El campo médico está delimitado por los actores sociales que intervienen en el campo de la salud, y está constituido por actores en posiciones de poder e incidencia política, así como por instituciones reguladoras, prestadoras de servicios y formadoras de cuadros de profesionales y centros de investigación científica. En este se mantienen relaciones y disputas por conservar y/o adquirir capital social y cultural, así como por imponer significados y percepciones de la realidad sobre el proceso s/e/a.

Castro acude teóricamente a Michel Foucault para explicar que la medicina, en tanto institución, cumple una función de control y vigilancia orientada al dominio de la vida social. Esto se traduce en tecnologías del “yo” como forma de intervención sobre el cuerpo y la mente de los sujetos. En otras palabras, a nivel de las interacciones microsociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que ocupan en la producción y reproducción de las relaciones de dominación (Castro & Erviti, 2015, p. 43), operando como dispositivo disciplinar, cuyo efecto es la normalización y la obediencia ante la autoridad médica.

---

<sup>14</sup> Con el concepto de *habitus*, Bourdieu busca explicar el proceso por el cual lo social-estructural se interioriza en las/los sujetos para dar cuenta de la interrelación entre lo subjetivo y las estructuras objetivas. En donde la *doxa* expresa la aceptación inconsciente e internalizada de las condiciones de vida y mundo por parte de las clases subalternas y hegemónicas, pero se contraponen la capacidad de agencia y las acciones de resistencia/insurgencia/insurrectos, que son componentes de la heterodoxia (Canclini, 1990)

Es aquí donde las palabras de la doctora que se citadas en el epígrafe 3 de este apartado (testimonio 3) adquieren sentido y condensan, en términos prácticos, la percepción sobre la relación médica-usuaria como rasgo estructural.

La perspectiva de Scott y Michel Foucault permite mirar los procesos comunitarios de resistencia y opresión, en los que las *praxis* sentipensante de estas mujeres bien podrían gestar respuestas en el mediano plazo, tal vez no como actoras directas de estos procesos, sino como núcleos de referencia para cuestionar un sistema con potencial de trascender hacia el cambio social. Por otro lado, es necesario ubicar estas prácticas y saberes en el marco del ejercicio de los derechos culturales, sexuales y reproductivos.

Por otra parte, Eduardo Menéndez desde la antropología médica crítica y Roberto campo desde la sociología crítica de la salud, ofrecen propuestas teóricas para entender los mecanismos de reproducción de la violencia epistémica a través de conceptos como *habitus* médico y Modelo Médico Hegemónico/Subalterno. En tanto, Fricker, Radi, Medina, Broncano y Pérez ofrecen herramientas conceptuales para el análisis de la verbalizan de los agravios desde el testimonio de los sujetos, y evidencian la “ignorancia activa” como conducta socialmente ética. Este marco, permite avanzar en la discusión para hablar sobre los sujetos a partir de historizar y ubicar su práctica dentro de un contexto macroestructural.

#### **1.4 La tradición en los estudios sobre partería tradicional**

Acerca de la partería tradicional existe una producción académica derivada, en principio de la antropología indigenista que centró su interés en las prácticas culturales y su relación con la medicina científica. Esta perspectiva fue cuestionada en los años ochenta por la antropología médica crítica, que viró el análisis hacia las estructuras de poder, las desigualdades y la estatificación social como factores limitantes en el acceso a la salud de los pueblos originarios.

El indigenismo como antropología aplicada surgió de una necesidad teórica y práctica para sustentar los mecanismos de integración como proyecto de Estado-nación. En este marco, Manuel Gamio, Gonzalo Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente han sido reconocidos como

precursores de la antropología médica en México y, como tales, también por su papel en la acción política del Estado, al orientar la investigación hacia la incidencia en el diseño de los programas del gobierno posrevolucionario a través del Instituto Nacional Indigenista (INI),<sup>15</sup> creado en 1948 como ventanilla única de atención a la población indígena, a través de los Centros Coordinadores Indigenistas sin cobertura de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos<sup>16</sup> del Departamento de Salubridad Pública<sup>17</sup> (Fajardo, 2003). Estos procesos dieron como resultado –en el mediano y largo plazo- la coexistencia de la medicina tradicional con los servicios institucionales de salud.

El propósito de la acción indigenista fue aculturar, en términos biomédicos, a las comunidades indígenas a fin de mejorar las condiciones sanitarias, con cierta preocupación por el impacto negativo del uso de la medicina tradicional entre la población (Menéndez, 2023; Hernández, 2022). Por ello, también fue necesaria la investigación etnográfica y epidemiológica de este sector de la población.

En este escenario, Gonzalo Aguirre Beltrán, entre las décadas de 1940-1950, y Carlos Zolla, entre 1970-1990, promovieron desde el INI investigaciones sobre las percepciones y prácticas relacionadas con la salud/enfermedad/atención en los pueblos originarios. Menéndez (2023) identificó dos directrices en los estudios sobre medicina tradicional desde indigenismo, que prevalecieron también como orientación en la política neoindigenista.

Por un lado, Aguirre Beltrán introdujo el concepto de salud intercultural, materializada en procesos de aculturación biomédica, orientados a facilitar la incorporación de las poblaciones indígena a la biomedicina. Por otro lado, Zolla, en la década de los setenta, buscaba reivindicar

---

<sup>15</sup> Reconfigurado actualmente como Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI).

<sup>16</sup> “En el período de Ávila Camacho, se crearon los Servicios Rurales Cooperativos (1934), y la Unidad Sanitaria Ejidal a instancias del Departamento de Salubridad Pública, con la cual, se establecieron unidades médico-sanitarias ejidales cooperativas (1936) que contaban con un médico y dos enfermeras en zonas ejidales de todas las entidades federativas, excepto Jalisco” (Gómez-Dantés O. , 2021, pág. 282)

<sup>17</sup> Antecedente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943

los saberes mediante el rescate de la medicina tradicional, comparándola con la biomedicina y promoviendo su articulación con el sector salud para ampliar su cobertura de atención, al tiempo que cuestionaba la expansión biomédica y la subalternización de la medicina tradicional.

Un tercer enfoque está representado por el propio Menéndez desde la antropología médica crítica, cuya propuesta analítica se centra en la identificación de los modelos médicos hegemónico y subalterno que coexisten de manera jerárquica y estratificada.

En este orden, a finales de los años ochenta y durante la década de los noventa, la interculturalidad como concepto comenzó a adquirir relevancia en el ámbito de la investigación y el análisis social y geopolítico en Europa, en respuesta a diversos acontecimientos ocurridos en ese continente a finales de los ochenta<sup>18</sup>. En México, la cuestión étnica tuvo un paralelo en la emergencia del EZLN en 1994 y, con ello, en la convergencia de los movimientos indígenas, lo que representó el fin del indigenismo tradicional como orientación política de Estado.

Estos acontecimientos tuvieron eco en los movimientos sociales, el activismo político y la academia, pero también en los discursos institucionales, que paralelamente adoptaron conceptos como interculturalidad y diálogo de saberes. Mientras tanto, las perspectivas biomédicas prevalecieron en el sector salud en términos operativos (Menéndez L. E., 2023, p. 151).

#### **1.4.1 Panorama general**

En la reciente revisión que abarcó 25 años de publicaciones sobre medicina tradicional, realizada por Roberto Campos Navarro, José Antonio Táscon y Carolina Sánchez García, sistematizada en el texto *Medicina tradicional mexicana: Orientaciones y tendencias* (2024) identificaron 79 títulos dedicados a la partería tradicional indígena, de un total de 2,840 publicaciones. En esta revisión señalaron que, antes de 1994, predominaban los estudios etnográficos centrados en la práctica de las parteras, particularmente en sus métodos y

---

<sup>18</sup> Entre estos se destacan la balcanización, el incremento de la migración por motivos bélicos y económicos, así como la caída del muro de Berlín en 1989

procedimientos vinculados con la gestación. Posteriormente, se transitó hacia análisis sobre la relación asimétrica entre la partería tradicional y la medicina alópata institucional, con énfasis en temas como la salud sexual y reproductiva, el proceso de embarazo, la violencia de género y la mortalidad materna (2024).

Lo que coincide con la información de la Base de Datos de Partería indígena 2020-2022 del INAH (Muller, 2023), la cual constituye una aproximación al panorama de los estudios contemporáneos sobre la partería tradicional. Dicho registro contempla 93 títulos de investigación categorizados en artículos, tesis y libros, sin considerar, manuales, guías y protocolos para la atención del parto, ni informes de agencias internacionales o instancias de gubernamentales. Del total de investigaciones, la mayoría se realizaron en los estados de Chiapas (31) y Oaxaca (14), seguidos por Guerrero (7), y en ese orden, Puebla (5), Jalisco (4), San Luis Potosí (3), Yucatán (3), Michoacán (2), Veracruz (2); además de estos, 19 de los trabajos ofrecen un panorama de alcance nacional y, en gran medida, reiteran información correspondiente a las entidades mencionadas.

Esta tendencia no es casual, sino que responde a la convergencia de diversos factores, como la prevalencia de muerte materna en mujeres indígenas y rurales en dichas entidades, en interrelación con las limitantes en el acceso y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, asociadas a condiciones de etnicidad, grados de marginación y pobreza. Así como la presencia de organizaciones indígena-campesina.

A ello, se sumó la coexistencia y ubicación de los centros de investigación, asociaciones y organizaciones de la sociedad civil. A partir del cuales se impulsaron iniciativas de investigación y trabajo en problemáticas específicas que han logrado –con esfuerzo de años y no exento de tensiones- posicionar temas en las agendas sobre derechos sexuales y reproductivos en alianza con colectivos de mujeres indígenas en procesos, mediante los cuales, se fortalecieron y emergieron liderazgos.

Es así como académicas como Graciela Freyermuth (2000, 2006, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018), del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Sureste), ha centrado sus investigaciones en las muerte materna y en las condiciones gestacionales que enfrentan las mujeres *tzeltales*, articulando el análisis con la violencia en los ámbitos familiar, comunitaria e institucional (Freyermuth, 2011, 2015, 2003, 2014). En un sentido similar, Paola Sesia (2021) del CIESAS-Pacífico Sur, contribuye al análisis de la partería tradicional, analizando la interacción entre saberes biomédicos y tradicionales, la salud reproductiva y la violencia obstétrica. Para ambas investigadoras, la muerte materna constituye un indicador de la manera en que la violencia estructural se ensaña en mujeres en condiciones de pobreza y pertenencia étnica.

Por su parte, Lina Berrio (2013, 2015, 2019, 2020a, 2020b), investigadora del CIESAS-Pacífico Sur, ha concentrado la mayor parte de su trabajo en la población indígena y afroamericana del Estado de Guerrero. En el 2017, denunció el avance biopolítico del Estado hacia un epistemicidio contra la partería tradicional, lo que provocado que un número significativo de parteras abandonen sus prácticas para evitar conflictos. Una particularidad de estos estudios, es la adopción de enfoques metodológicos participativos, desarrollados en colaboración con colectivos de la sociedad civil e indígenas con el objetivo de incidir en políticas de salud reproductiva.

Además de las y los investigadores del CIESAS, otros actores ubicados en centros de investigación, universidades y organizaciones de la sociedad civil han contribuido desde distintos espacios a visibilizar las problemáticas asociadas a la salud reproductiva de las mujeres indígenas y a la partería tradicional, entre ellos: Carlos Zolla (1989, 2022), Ana María Carrillo (1999, 2022), Blanca Pelcastre (2005, 2020), Sergio Meneses (2017, 2020), Hilda Arguello (2011, 2021, 2024), Adriana Lozano Daza (2017, 2019), Amparo Sevilla (2018), Hanna Laako (2018a, b2018), María José Araya (2011) y Rafael Alarcón (2010, 2011, 2019, 2021), por mencionar algunos.

En general, los estudios sobre la partería tradicional pueden categorizarse en: 1) Investigaciones centradas en la partería tradicional en articulación con diversas problemáticas sociales; 2) Investigaciones cuyo tema principal no es la partería tradicional, pero la abordan como una variable secundaria o tema transversal.

En el primer grupo de investigaciones, centradas en la partería tradicional como tema principal, se identifican las siguientes líneas de investigación:

- a) Perspectiva cultural-etnográfica, centrada en temas de cosmovisión, prácticas, conocimientos y saberes.
- b) Relación-tensión con los servicios de salud (MMH), que aborda temas como la muerte materna, la medicalización del parto, las barreras culturales, la salud intercultural y los procesos de integración-cooptación de las parteras tradicionales.
- c) Enajenación de los conocimientos de la partería tradicional, analizada a partir de conceptos como epistemicidio, saberes en riesgo, extractivismo, y biopiratería.
- d) Revisión y análisis de marcos normativos e iniciativas de ley, para su regulación con argumentos a favor o en contra.

De la segunda categoría, aquella en la que la partería tradicional no constituye un tema medular, destacan las investigaciones sobre muerte materna, cuyos análisis, por lo general, trascienden la perspectiva biomédica. En estas investigaciones la muerte materna (MM) se vinculan con variables como: a) la desigualdad social y acceso a los servicios de salud; b) la epidemiología social; c) las inequidades institucionales, d) el análisis de políticas públicas en programas específicos como Seguro Popular, Oportunidades y Progresas; e) la sistematización de actividades e informes de la organizaciones de la sociedad civil; f) la violencia estructural en contextos indígenas como factor de la MM. En estos estudios, la figura de la partera tradicional es concebida como un sujeto social con agencia, situada en contextos comunitarios, sociales y geográficos específicos.

Una tercera categoría, ubicada colocada aparte, corresponde a los documentos elaborados desde la perspectiva institucional del sector salud y de agencias internacionales supeditadas a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estas instancias han publicado manuales, guías de atención al parto, informes de actividades y documentos de promoción de la partería profesional, cuyos objetivos son principalmente informativos y formativos, así como el impulso de proyectos e iniciativas. Entre estas publicaciones destacan las realizadas por el UNFPA en alianza con la Fundación MacArthur (2007, 2016, 2017), así como la serie del UNFPA sobre *El Estado de las parteras en el Mundo* 2011, 2014, 2021, y el documento *Estrategia Mundial de la Partería 2018-2030*.

En el campo de las investigaciones institucionales sobre partería, destaca el trabajo del antropólogo Carlos Zolla, quien coordinó el estudio *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano* (1989),<sup>19</sup> realizado a partir de entrevistas a parteras tradicionales del estado de Morelos, en el cual distingue entre parteras tradicionales, parteras empíricas adiestradas y no adiestradas. El antropólogo, junto con un equipo de trabajo, analizó el proceso de embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva biológico-cultural, describiendo los procedimientos y recursos preventivos y terapéuticos utilizados por las parteras. Como marco general, planteó la coexistencia de la medicina tradicional con la medicina académica, entendida esta última como modelo médico hegemónico, frente a modelos subordinados, alternativos, tradicionales y mixtos. Desde finales de la década de 1980, Zolla anticipó “una tendencia dominante: la de la transformación cada vez mayor de la partera empírica no adiestrada en partera adiestrada, así como el eclipse de la partera tradicional” (Zolla, Carlos; et al., 1989, p. 14).

---

<sup>19</sup> En coautoría con Virginia Mellado y Xóchitl Castañeda y colaboración de Antonio Táscon Mendoza.

En otro texto, titulado *Mujeres, saberes médicos e institucionalización* (2022), Carlos Zolla y Ana María Carrillo identificaron tres sistemas de salud en los que las mujeres ocupan un papel esencial: la medicina tradicional, la medicina doméstica y la medicina académica. En el sistema tradicional, el núcleo de atención se centra en los padecimientos de filiación cultural, vinculados a las costumbres y creencias en el ámbito de lo psicosomático. En relación con estos padecimientos, los autores señalan que “en éstas y otras enfermedades –algunas no tradicionales-, [las parteras] no solamente conciben, sino también previenen, diagnostican, realizan el tratamiento y hacen el pronóstico de las enfermedades, de acuerdo con claves profundas de la cultura del grupo” (Zolla, 1986, citado en A. Carrillo & Zolla, 2022). En estos análisis, los autores cuestionan el énfasis reproductivista de la política en salud, al que califican como reduccionista, en tanto, excluye la sexualidad de las mujeres indígenas. Según su planteamiento, la política integradora ha favorecido que las parteras sean “toleradas” por el Estado y la medicina académica (A. Carrillo & Zolla, 2022, p. 185).

Mención aparte merecen las tesis del Posgrado en Desarrollo Rural de la UAM-Xochimilco (1996-2020). De este conjunto, solo tres abordan de manera central el tema: Adriana Lozano (2017), Verónica Uribe (2005), y Teresita Oñate (2016), las cuales coinciden en señalar la tensión entre los Modelos Médicos Subalternos y el Modelo Médico Hegemónico (MMH), sustentado en el sistema de salud en el marco de la política pública del Estado mexicano. Las autoras reconocen el carácter de resistencia cultural y política de los saberes locales implícitos en la práctica de parteras y promotoras de salud, concebidas como sujetas cognoscentes que actualizan sus conocimientos en la frontera simbólica entre sistemas médicos subalternos y el hegemónico- dominante.

A manera de conclusión de este apartado, se pueden enunciar dos puntos clave: La escasez de estudios sobre la partería indígena y temas relacionados con la Sierra Otomí-Tepesua y el estado de Hidalgo. Al respecto, resulta pertinente historizar los procesos situados, ya que los factores estructurales y coyunturales de intervención en la SOT se configuraron de

manera diferenciada, por lo tanto, la propuesta es abordar la partería desde su particularidad histórica y territorial.

#### **1.4.2 Las diferentes formas de la partería.**

El parto es el momento liminal que marca nuestra llegada al mundo en su diversidad y matices culturales, y es la génesis de la construcción cultural de las personas como seres únicos e irrepetibles. Este proceso fisiológico posee una dimensión espiritual y cosmogónica cargada de significados, forma parte de la reproducción social y material de los colectivos. Se trata de un hecho biológico que nos asemeja a otras especies animales, pero cuya connotación cultural acompaña a los seres humanos desde tiempos del paleolíticos (40.000 a.C.) (Argüello & Mateo, 2014, p. 14), en una historia en la que se configuraron las pautas femeninas de acompañamiento y de conocimiento de los ciclos vitales de existencia y muerte.

En el México contemporáneo, se coincide en señalar la historia de la partería tradicional como un *continuum* cultural y sincrético de origen mesoamericano y colonial, que pervive a través de sus múltiples denominaciones en lenguas originarias, según la región del país. Bajo el concepto de partería se agrupa una diversidad de agentes, prácticas y conocimientos, entre ellas: parteras que trabajan en asociaciones civiles, en casas de parto, que militan en movimientos sociales; parteras profesionales; y aquellas que, a pesar de las restricciones que pesan sobre su práctica continúan atendiendo partos en solitario en comunidades de extrema pobreza, en geografías abruptas y, por tanto, distante de los servicios de salud.

Entre las características que unifican el concepto de partería se encuentran la función de acompañamiento y consejería del proceso de gestación, parto y período posnatal, así como su carácter subalterno frente al MMH. No obstante, aunque todas las formas de partería ocupan una posición desigual frente a la hegemonía médica, no es lo mismo ser una partera indígena que una partera profesional o incluso una partera autónoma; es decir, no cuenta con el mismo estatus de autoridad epistémica ni con el mismo capital cultural, social y económico. En este entramado

de relaciones de poder estratificadas, las parteras indígenas y rurales enfrentan una doble o triple desventaja, incluso al interior de su propia cultura, ya que la medicina tradicional constituye un campo históricamente dominado por el género masculino, siendo la partería – particularmente la vinculada a la herbolaria- el reducto donde han predominado las prácticas y conocimientos de las mujeres.

Carlos Zolla y Ana María Carrillo (citado en Carrillo 1999, p. 168) resaltan la importancia del papel comunitario que han desempeñado las parteras tradicionales. Para estos autores, son sanadoras socialmente reconocidas y, si bien sus saberes y prácticas no son institucionales, sí se encuentran estructurados. Las destrezas que históricamente han aplicado constituyen conocimientos con recursos terapéuticos orientados a combatir la esterilidad, determinar el aborto, regular la contractilidad uterina, aumentar la producción de leche, reconstituir el cuerpo a través del baño de temazcal, además de vigilar el proceso reproductivo.

Aunado a ello, para Alarcón (2021, p. 28), la partería indígena es un “... conjunto de saberes y prácticas generadas, adquiridas y/o transmitidas a través de procesos oníricos, pedagógicos orales y prácticos en ámbitos comunitarios, no biomédicos ni escolarizados ni gubernamentales, para la atención del proceso reproductivo femenino”.

Esta somera revisión de investigaciones, textos y ejes temáticos sobre la partería tradicional revela una concentración regional de los estudios, así como vacíos significativos en territorios como la Sierra Otomí-Tepehua y el estado de Hidalgo. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de abordajes situados y contextualizados.

Desde esta perspectiva, se plantea la importancia de profundizar en los procesos locales, visibilizar las voces de las parteras y problematizar las formas en que el Estado y las instituciones de salud intervienen —y reconfiguran— las prácticas de cuidado y reproducción de la vida. Ello resulta necesario, dado que la partería no puede comprenderse únicamente como una práctica de atención al parto, sino como un campo permeado por relaciones de poder, desigualdades estructurales y disputas epistemológicas.

### **1.4.3 Partería indígena-partería tradicional.**

En el panorama contemporáneo, de acuerdo con datos del Gobierno de México, el IMSS-Bienestar registró para el año 2024 un total de 6,527 parteras y parteros tradicionales voluntarios en el país (2024). La mayor concentración se localiza en los estados de Chiapas, Veracruz, Puebla y Oaxaca (IMSS-Bienestar, 2021), y de manera subsecuente en Tabasco, Estado de México y Quintana Roo, Yucatán, Morelos, Michoacán, Guanajuato y San Luis Potosí. De acuerdo con la misma fuente, en Hidalgo existían ese mismo año 284 parteras tradicionales, lo que representa el 4.3% del total nacional (IMSS, 2024).

Al respecto, es frecuente asociar la partería tradicional con la practicada por los pueblos originarios, cuando en realidad existe una diversidad de formas de la partería que han sido nombradas y categorizadas. En este proceso persisten elementos de las cosmovisiones y conocimientos mesoamericanos, en convergencia con aportes de origen africano y europeo, en complementariedad impuesta y tensión permanente con la medicina occidental, lo que afianza su carácter subalterno. La coexistencia de la partería tradicional con la medicina científica y otros sistemas médicos configura el actual panorama de pluralismo médico del país<sup>20</sup> (Araya, 2011; Menéndez, 1990, 220; Alarcón L., 2021).

---

<sup>20</sup> La perspectiva del pluralismo médico, reconoce la coexistencia y complementariedad entre sistemas médicos tradicionales y alternativos con el Modelo Médico Hegemónico, que indaga en las representaciones de los procesos salud/enfermedad/atención desde la percepción de los sujetos. Es decir, sobre el sistemas de creencias, conceptos y prácticas sobre el embarazo, parto y puerperio, sexualidad y fertilidad. Pero a diferencia de la visión culturalista coloca la reflexión en las relaciones de complementariedad y conflicto entre sistemas médicos con posiciones de poder asimétrico.

Aquí retomo la categoría propuesta por Jaulin,<sup>21</sup> la cual parte de un criterio de orden histórico (2021, p. 9). Desde esta perspectiva, el autor identifica tres tipos de partería,<sup>22</sup> que se agrupan bajo la denominación de partería tradicional:

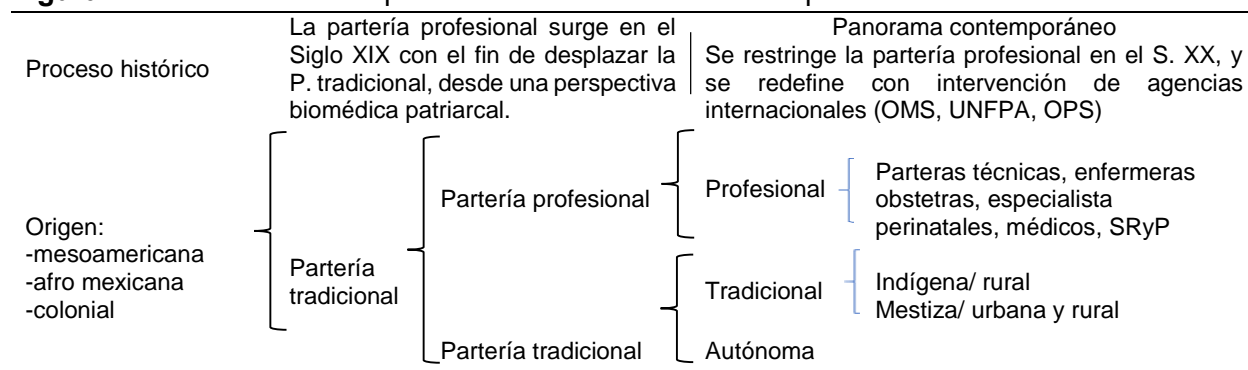
- a) Partería indígena, practicada por los pueblos originarios, por lo que se distingue un núcleo cultural mesoamericano.
- b) Partería mestiza, que incorpora elementos de la medicina criolla poshispánica, en articulación con componentes de la medicina indígena y afroamericana; denominada también medicina tradicional mexicana y partería tradicional mexicana
- c) Partería negra o afroamericana poshispánica, que se fusiona con la partería mestiza, integrada e invisibilizada dentro de la medicina tradicional mexicana

Esta clasificación permite historizar la complejidad de la partería tradicional, que en el contexto contemporáneo puede nombrarse como partería indígena y tradicional. Entre ambas, la partería indígena conserva un núcleo cultural de conocimientos, observables en constante actualización mediante la incorporación de otros conocimientos y prácticas, incluidas aquellas provenientes de la biomedicina.

---

<sup>21</sup> Jaulin, hace la siguiente clasificación: Originaria pre y pos hispánica; Mestiza/ criolla poshispánica; negra/afroamericana pos hispánica, que se fusiona y se conoce como Medicina Tradicional Mexicana

<sup>22</sup> Robert Jaulin en la introducción hace referencia a los perfiles de partería indígena que reúne el libro colectivo *Las parterías tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (2021).

**Figura 4.** Proceso histórico que definen características de la partería actual

Elaboración propia con base a la información de Ana María Carrillo (1999) y documentos revisados. Se entiende que el esquema tiene fines explicativos.

En la partería indígena existen, a su vez, criterios de subclasificación, basados en los saberes y prácticas puestas en marcha en la terapéutica, el uso de diversos recursos y la vinculación con la dimensión espiritual. Dependiendo de la fuente etnográfica consultada, estas figuras han sido nombradas como: curandera, yerbatera, sobadora, pastillera, rezadora, boticaria, abuela, madrina, sacadora o comadre (Alarcón, 2021, p. 26; Gallegos, 2019; Berrio, 2019).

Desde un criterio institucional, las parteras tradicionales (rurales e indígenas) han sido también denominadas como “parteras empíricas adiestradas” y “parteras empíricas no adiestradas” categorías utilizadas para referirse a aquellas que han sido sujetas a procesos de entrenamiento por parte del sistema de salud, con el fin de distinguirlas de las parteras tradicionales no adiestradas, reconociendo su coexistencia con la “medicina académica” (Zolla & et, al.1989).

Cabe señalar que Eduardo Menéndez cuestiona la denominación “tradicional”, en tanto remite a una interpretación esencialista, ahistórica y culturalmente inmóvil de estos saberes y prácticas. En contraposición, propone desplazar el foco analítico hacia las interacciones asimétricas de poder entre sistemas distintos sistemas médicos, situadas en un marco de condiciones económicas, políticas e ideológicas que inciden en sus procesos de reconfiguración.

Para él:

La mayoría de los autores se inclina a pensar la medicina tradicional en términos ahistóricos. Pareciera que suponen una suerte de inmovilidad del saber popular, como si los conjuntos sociales permanecieran adheridos a un determinado sistema de prácticas y de representaciones y como si la transformación de lo tradicional constituyera un hecho negativo (Menéndez E., 1994, p.77)

Menéndez, cuestiona el enfoque culturalista sobre medicina tradicional que corre el riesgo de perder el foco analítico en esencialismo de sus prácticas; en cambio sugiere un la idea de abordar estas prácticas como medicina popular, definida por la posición subalterna de sus detentores que se desarrollan fuera del sistema biomédico, en un campo atravesado por desigualdades sociales, relaciones de poder y procesos históricos. Bajo esta perspectiva, la medicina popular sería tanto la tradicional indígena y campesina, como la urbana.

Verónica Moreno (2005) problematiza la reconfiguración de las prácticas de las parteras en el marco de su subordinación a las políticas públicas de salud reproductiva, implementadas a través de programas gubernamentales. La autora se pregunta sobre si los procesos de capacitación dirigido a las parteras favorecieron la construcción de habilidades y capacidades autónomas o si, por el contrario, operaron como dispositivos coercitivos y de control, orientados a su regulación y subordinación al modelo biomédico hegemónico.

Moreno cuestiona –también- el concepto de medicina tradicional, a partir de revisar lo que se ha escrito sobre la contraposición entre lo tradicional y lo moderno. La investigadora observa una exclusión de un tipo de saberes que asocian con lo tradicional asociándolo como arcaico y diferenciándolo de lo moderno. Esta perspectiva evidencia una negación sistemática al situar lo tradicional como una fase previa de la medicina científica y al trazar una línea progresiva.

En esta misma tónica, Trueba propone denominar como conocimiento indígena a lo que comúnmente se ha llamado tradicional, en tanto remite de manera específica a los pueblos originarios y permite diferenciarlo del conocimiento popular, que con frecuencia también es subsumido bajo dicha categoría. El autor coincide con Moreno y Menéndez en cuestionar los

enfoques que equiparan lo tradicional como lo inmóvil, estático y conservador (Carrillo Trueba, 2006, p.17).

Al respecto, y como punto de partida, coincido con los cuestionamientos planteados de Menéndez y Moreno; no obstante, el criterio analítico adoptado en este trabajo se fundamenta en el uso social de las categorías por parte de los actores, así como en sus procesos de resignificación. En este sentido, se parte de la premisa de que la dinamización y operativización de los conceptos no es exclusivamente teórica, sino que se produce en la práctica cotidiana de los sujetos que los emplean.

Desde esta perspectiva, lo denominado tradicional se resemantiza a través del trabajo reiterado de las organizaciones sociales y de los sujetos colectivos que lo asumen como un marcador de identidad compartida, al cual se adhieren mujeres de diversos pueblos originarios, particularmente del sureste del país.

A partir de la revisión de estas definiciones y autores abordados, en esta investigación se opta por la denominación parteras tradicionales, ya que, dicha categoría abarca tanto a mujeres indígenas como campesinas, ya que en el caso específico de la Otomí-Tepehua, estas parteras comparten sentidos de vida y condiciones de desigualdad. Por ello, para su análisis resulta prudente evitar generalizaciones, ya que los casos deben ser contextualizados y comprendidos desde el campo, la región y el estado en los que inscriben los procesos. En dichos espacios, las parteras interactúan en relaciones de dominación y exclusión, configuradas a partir de microhistorias regionales específicas. (Araya, 2011).

En la Sierra Otomí Tepehua a las parteras se las conoce en lengua *ñuhu* como *ya 'yekā t'so<sup>23</sup>* o *yē kāte<sup>24</sup>* (las que cortan el ombligo o simplemente las que cortan) y *asakna<sup>25</sup>* en lengua *ma'ahl'ama* (tepehua) (Ignacio, notas de campo, noviembre 2022). Al igual que en otros lares,

---

<sup>23</sup> Variante dialectal de San Nicolás, Tenango de Doria

<sup>24</sup> Variante dialectal de la localidad Mavodo, San Bartolo Tutotepec

<sup>25</sup> Huehuetla cabecera municipal

cumplen una función social de acompañamiento del proceso de embarazo pre y posparto, así como en la gestión y canalización a los servicios de salud, limitando su connotación espiritual al espacio doméstico y comunitario.

**Figura 5.** *Espacio para sanar el cuerpo y el espíritu*



Fotografía original de la autora

#### **1.4.4 Partería profesional.**

Como se mencionó previamente, se identifican tres subtipos de partería tradicional contemporánea: indígena rural y afromexicana. En este apartado se presentan algunos elementos de la partería profesional, con el propósito de establecer las diferencias y los procesos de reconfiguración que se produjeron a partir de la intervención de agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas – como la OMS, la OPS, el UNFPA-, que posicionaron a la partería profesional como eje estratégico para la reducción de la morbilidad materna y neonatal en países de Asia, América latina y África.

En México, la aparición de la partería profesional se remonta a mediados del siglo XIX, cuando fue propuesta como una formación de corte biomédico en la Escuela Nacional de Medicina y otras instituciones regionales. Durante el periodo posrevolucionario, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, fueron las enfermeras parteras y parteros quienes se encargaban del control del embarazo y la atención del parto hasta 1967, año en que esta carrera fue suprimida (A. Carrillo, 1999). A partir de entonces, la atención del parto en los espacios

clínicos pasó a ser responsabilidad de los egresados/as de las carreras de enfermería y medicina general y especialidad en ginecoobstetricia.

Los consensos y las variaciones en la definición del personal de salud con competencias para brindar atención de partería profesional han sido sistematizados en la serie *El estado de las parteras en el mundo* y *El estado de las matronas en el mundo*, de los años 2011, 2014, 2021, coordinada por el UNFPA en colaboración con instancias aliadas a la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Confederación Internacional de Matronas (ICM).

En la edición del año 2011 se señalaba que, a pesar de la inversión de los gobiernos en acciones de capacitación dirigidas a parteras tradicionales, no se contaba con evidencia concluyente sobre la efectividad de dichas intervenciones. En consecuencia, desde la década de 1990 el paradigma se desplazó hacia la promoción de la partería profesional, con el objetivo de definir un perfil que cumpliera esta función, sustituyendo la noción de personal “capacitado” por la de personal “cualificado”. De este modo, se subrayó la importancia de que los países dispusieran de personal profesional para la atención del parto, lo que implicó relegar a las parteras tradicionales a un segundo plano dentro del sistema de salud.

Para alcanzar este objetivo, las iniciativas se focalizaron en la promoción de la partería profesional, entendiendo como la ejercida por personal de salud cualificado, definido como:

... -partera, médico o enfermera – que ha recibido educación y capacitación a fin de adquirir la pericia y las aptitudes necesarias para encargarse de atender el embarazo, el parto y el período posnatal inmediato cuando las condiciones son normales (sin complicaciones), y detectar y atender complicaciones en la mujer y el recién nacido y remitir esos casos a servicios de capacidad adecuada” (UNFPA, 2011, p. 4).

El mismo documento señala que, para lograr impactos significativos en la mejora de la salud materna, se requieren de una serie de condiciones estructurales, tales como infraestructura

adecuada, equipamiento para atención, colaboración con otros profesionales de la salud, remuneración digna y un marco normativo pertinente. Dado que estas condiciones implican procesos de mediano y largo plazo, se recomendó impulsar iniciativas emergentes orientadas a la promoción de la partería profesional, relegando a las parteras tradicionales a un papel secundario, bajo la supervisión de los centros de atención primaria de la salud, y con la sugerencia de que:

... Esos trabajadores pueden, entre otras cosas, llevar registros, promover la planificación de la familia, exhortar a las embarazadas a que den a luz en un establecimiento de salud, alentar el amamantamiento exclusivo y el cuidado del recién nacido durante visitas domiciliarias y alentar el registro de los nacimientos (UNFPA, 2011, p. 10)

Tal como ocurre actualmente en muchas comunidades indígenas y rurales, desde esta perspectiva la partería tradicional fue definida como:

Un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no ha recibido formación académica, que se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública y que proporcionan atención durante el embarazo, el parto y período posnatal (UNFPA, 2011, p. 10)

En el año 2014, México participó en la elaboración del informe *El estado de las parteras en el Mundo 2014: Oportunidades y retos para México* (UFPA, OMS & ICM, 2014)<sup>26</sup>. Este documento constituyó una línea base para medir los avances en la salud materna en el país, al tiempo que incorporó los aportes de organizaciones de la sociedad civil, la academia y colectivos de parteras profesionales, técnicas y tradicionales.

---

<sup>26</sup> Este documento forma parte del informe *El Estado de las Parteras en el Mundo 2014, Hacia el Acceso Universal a la Salud, un derecho de la Mujer*, coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), y la Organización Mundial de la Salud.

El Informe tuvo como objetivo principal generar evidencia que contribuyera a orientar las políticas públicas de los gobiernos en el desarrollo y avance de las metas de salud materna y neonatal establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En esta edición, la partería se definió como:

Los servicios de salud y el personal de salud requeridos para prestar apoyo y atención a las mujeres y los recién nacidos durante el período prenatal, el embarazo, el parto y el postparto. Abarca la atención de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período de postparto, así como la atención al recién nacido. Incluye las medidas destinadas a prevenir problemas de salud durante el embarazo, la detección de situaciones anormales, la contratación de asistencia médica cuando sea necesaria y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de un profesional médico (UNFPA, ICM & OMS, 2014, p.03).

A diferencia del informe de 2011, en esta edición se visibilizó la importancia del papel de la partería tradicional, situando la experiencia de México y los pueblos originarios. Para ello, se propusieron cuatro elementos para evaluar la efectividad de los servicios de Salud Sexual, Reproductiva, Materna y Neonatal (SSRMN); disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. De manera paralela, se reiteró la importancia de que los gobiernos invirtieran en la formación de parteras profesionales, y se recomendó:

Modificar la relación con las parteras tradicionales de tal manera que se las reconozca como un actor valioso para la atención de la SSRMN y se fortalezca su participación, acceso a los servicios de salud, facilidades para la entrega de certificados de nacimientos a recién nacidos atendidos por ellas y en general se establezca desde los servicios de salud, una relación de valoración y coordinación con las parteras (UNFPA, ICM & OMS, 2014, p.12).

En retrospectiva, el UNFPA<sup>27</sup> ha desempeñado un papel relevante de incidencia en México en materia de salud reproductiva. Entre sus acciones, y en alianza con la Fundación MacArthur<sup>28</sup> instrumentó el Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR),<sup>29</sup> estructurado en cuatro componentes para su institucionalización:

- a) Profesionalización de la partería;
- b) Marco normativo;
- c) Agenda pública en salud reproductiva; y
- d) calidad de atención.

En este marco, se impulsaron acciones e investigaciones orientadas al fortalecimiento de la partería profesional y tradicional, con el propósito de sustentar las iniciativas de su promoción (Atkin, et al., 2015, 2016, 2017, 2019). En dichas actividades participaron sectores de la academia con vocación activista y organizaciones de la sociedad civil, que articularon esfuerzos para posicionar temas prioritarios en salud sexual y reproductiva en pueblos originarios y áreas rurales como parte de sus agendas. Ello permitió propiciar diálogos con tomadores de decisiones en política pública en entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Este escenario coadyuvó a la reactivación de la partería profesional a nivel institucional, en un contexto en el que, de manera paralela, escuelas de partería autónoma ya se habían constituido como opciones alternativas para diversos sectores de la población. Entre las experiencias institucionales de esta nueva etapa de la partería profesional destacan la Escuela

---

<sup>27</sup> Programa de Partería 2018-2030 (UNFPA, 2018), en alianza con la Confederación Internacional de Matronas (ICM), orientados al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible en Salud (ODS3), en la perspectiva biomédica de la medicina occidental.

<sup>28</sup> En 1992, la Fundación MacArthur abrió una oficina en la Ciudad de México.

<sup>29</sup> Del 2015-2018, la Fundación MacArthur, a través del Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR), implementó una iniciativa, para promover la partería profesional en México, con el fin de incorporar este perfil al sistema de atención de la salud materna, con la idea de reducir la sobrecarga hospitalaria y medicalización para los partos normales de bajo riesgo, y así mejorar la calidad de la atención y contribuir a largo plazo en la reducción de los altos índices de cesárea y en la mejora de la salud materna.

de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero, creada en el 2012 en Tlapa de Comonfort, así como la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería en Morelos, asociada a la Cruz Roja Mexicana.

En la actualización de avances del 2021 de la serie publicada por el UNFPA, que ese año llevó por nombre: *El Estado de las Matronas en el Mundo* (UNFPA, ICM & OMS, 2021), se marcó –una vez más– una distancia respecto a la partería tradicional, privilegiando la partería profesional. En dicho informe, se consideró como personal competente para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva Materna, Neonatal y Adolescente (SSRMNA) exclusivamente a los profesionales de la salud con formación académica, clasificados en grupos ocupacionales según funciones y responsabilidades, entre ellos médicos generales, pediatras y ginecobstetras. Esta definición excluye la intervención de las parteras tradicionales, tal como se evidencia en el siguiente párrafo:

Al igual que en los informes anteriores de la serie *El estado de las Matronas en el mundo*, no se incluye a las personas que asisten en partos tradicionales, ya que, si bien prestan servicio en una proporción significativa de partos en algunos países y pueden desempeñar un papel de participación y apoyo en la comunidad, muchas de ellas no cuentan con educación, formación o regulación formales (UNFPA, ICM & OMS, 2021, p. 3).

En síntesis, del 2000 al 2021, se consideró como personal cualificado a una diversidad de profesionales de la salud que tienen en común una formación académica de base biomédica, sustentada en la práctica basada en evidencia científica y en el reconocimiento institucional, y que participan en la atención de la Salud Sexual, Reproductiva y Adolescente (SSRMNA).<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> El Estado de las matronas en el mundo 2021. Dedicado a los trabajadores sanitarios que han perdido la vida como consecuencia del COVID-19.

Idealmente, este personal debía contar con las competencias<sup>31</sup> sugeridas por la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (ICM).

Bajo este perfil, se agruparon parteras técnicas, licenciadas en salud reproductiva y partería, enfermeras obstetras y especialistas perinatales (Sesia, 2018), a la que, en el 2016, se incorporó de manera diferenciada la figura de parteras autónomas<sup>32</sup> (Atkin & et al., 2015, p. 5). Estas últimas merecen mención aparte, ya que, si bien fueron incluidas en este rubro en el año 2016, su formación y práctica no se adscriben necesariamente a un enfoque biomédico, sino que responden, en muchos casos, a perspectivas holísticas de atención<sup>33</sup>.

Además, pese a su mención en el documento de 2016, no cuentan con reconocimiento formal por parte del Sector Salud. Se trata de un grupo heterogéneo integrado por matronas extranjeras y/o certificadas en otros países, así como por aprendices nacionales, cuyas prácticas combinan elementos de la partería tradicional con la atención basada en evidencia<sup>34</sup> (Atkin & et. al, 2015). Su estatus subalterno dentro del campo de la salud las posiciona, en términos políticos, más próximas a la partería tradicional que al modelo biomédico hegemónico.

---

<sup>31</sup> “Es decir, la combinación de conocimientos teóricos y prácticos, actitudes y comportamientos profesionales necesarios para una atención de partería de calidad” UFPA, 2011, pág. 4.

<sup>32</sup> Este grupo reconoce como parte de su identidad los saberes y espiritualidad de la partería de origen mesoamericano, por lo que un sector hace referencia a su práctica como “parteras de la tradición” para establecer –a su vez- una diferencia de la tradicional. Por lo que suelen reconfigurar sus discursos con corrientes que van de *New Age* al feminismo y posiciones antisistema, y/o en defensa de los derechos indígenas (M. Coronado, comunicación personal, noviembre 2024).

<sup>33</sup> En el sentido que incorporan prácticas tradicionales y holísticas, además de aquéllas basadas en la evidencia científica.

<sup>34</sup> Instancias formativas de parteras autónomas identificadas, son: Nueve Lunas (Oaxaca), Luna Maya (Chiapas), Luna Maya (Ciudad de México) y Osa Mayor (Quintana Roo). Estos programas suelen tener relaciones individuales de enseñanza-aprendizaje con una partera practicante y duran hasta tres años, se refieren a su modelo como partería en la tradición y hace hincapié en técnicas de la práctica de partería indígena contando con reconocidas parteras tradicionales como instructoras. Sin embargo, sin certificación en México, y en muchos casos sin el reconocimiento del sistema de salud mexicano, estas parteras practican casi exclusivamente con pacientes del ámbito privado e incluso sin la acreditación oficial. (Gallegos, 2019)

En síntesis, las diferencias entre los tipos de partería -profesional, tradicional y autónoma- se centran principalmente en los procesos de formación y en el grado de sujeción a una autoridad normativa y reguladora, propia de un sistema institucional que valida los conocimientos y legitima la práctica. En contraste, la partería indígena se distingue por un acompañamiento afectivo y espiritual, sustentado en saberes y prácticas que trascienden el momento del parto. Su legitimidad es de carácter comunitario, respaldado por el prestigio social, así como por la eficacia y práctica simbólica atribuida a las parteras en los contextos donde ejercen.

La importancia de recuperar las definiciones promovidas por la ONU-UNFPA radica en que inciden directamente en las políticas y orientaciones de los países que las adoptan, en el marco de su adhesión a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y a los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En el ámbito de la salud, estas directrices se vinculan con los ejes 3 y 5, referidos a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, y “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, respectivamente (ODS).

Asimismo, dichas definiciones han tenido una incidencia significativa en el impulso de la partería profesional en los países de América Latina, posicionándola como estrategia para la reducción de la mortalidad materna, neonatal, así como de la violencia obstétrica en el marco de la *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030* (UNFPA, 2018), en alianza con la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## 2 La Sierra Otomí-Tepohua, espacio territorializado

Testimonio 4. La señora CGV es partera en la comunidad de Lindero, una localidad remota de la SOT. Para llegar hasta aquí es necesario avanzar por una carretera de terracería, cuesta arriba, durante hora y media desde la cabecera municipal de Tenango de Doria, trayecto que se vuelve intransitable en temporada de lluvia.

La espero durante un tiempo, hasta que aparece entre la milpa contigua a su vivienda. Es una mujer de edad incalculable y ojos vivaces; dice tener 80 años. Regresa de *chapolear*, por eso carga un machete a la espalda. Tras una larga conversación acordamos realizar un baño de temazcal. Para iniciar su preparación, se pierde en el monte para volver cargada de una variedad de hierbas silvestres, que recolecta para el momento.

Cirila acomoda una cantidad generosa de *copetate*<sup>35</sup> sobre las tablas que sirven de base al temazcal, y mientras introduce cada una de las hojas en el agua puesta al fuego, me indica sus nombres y propiedades curativas (CGV, comunicación personal, agosto 2023).

Esta narrativa sirve a manera de introducción para abordar la dimensión geográfica, sociocultural y económica de la problemática, con el propósito de contextualizar el conocimiento local como una práctica de la vida cotidiana y estrategia de subsistencia, situada y delimitada en un territorio específico.

El territorio constituye el sustento de la dimensión concreta y trascendental de la experiencia humana; es un espacio habitado por la memoria y la experiencia de los pueblos *ñuhu* y *ma'alh'ama'* de la SOT. La memoria se configura en el recurso intelectual de los pueblos

---

<sup>35</sup> Copetate (*pteridium aquilinum*) Helecho que en muchos lugares los campesinos consideran una plaga (Información del biólogo Óscar Molina).

originarios, en tanto se transmite mediante la oralidad, y se construye a partir de la práctica en el uso de los recursos, lo que ha dado lugar a la conformación de sistemas cognitivos de diverso tipo (Toledo & Barrera-Bassols, 2008, p. 70).

Para comprender el contexto de la Sierra como espacio territorializado, resulta pertinente analizarla en su interrelación centro-periferia, la cual implica una dinámica de relaciones concéntricas con propiedades de red, caracterizada por una interdependencia mutua y asimétrica (Nates, 2011a, p. 19). Al respecto, es importante señalar que el concepto centro-periferia se ha asociado a los estudios de influencia marxista sobre la desigualdad y su relación con el desarrollo económico, perspectiva que predominó durante las décadas de 1970 y 1980 y que tendía a una interpretación dicotomía de las relaciones campo-ciudad y centro-periferia.

Sin embargo, Beatriz Nates propone una reconfiguración del concepto al articular la relación entre función, estructura e interacciones en distintos niveles y escalas geográficas (2011b, p. 2018). Desde esta perspectiva, el territorio se concibe como un espacio multidimensional que trasciende la concepción del entorno como una dimensión únicamente física. En él se integran las acciones humanas, los significados culturales y las relaciones socioculturales que se despliegan en el espacio físico. Esta concepción implica la existencia de flujos de recursos, información y personas que circulan de manera bidireccional entre el centro y la periferia. En este sentido, el territorio se entiende como un constructo social generado a partir de la interacción de los colectivos humanos con el medio ecológico (2011a).

Ahora bien, cuando se habla de distribución de recursos, no son exclusivamente materiales, sino también capitales económicos, culturales y sociales. En este marco, las variables de distancia y tiempo respecto al centro inciden en el acceso a dichos recursos. En términos concretos, esto se traduce en una distribución desigual de poder y oportunidades entre un "centro" dominante y una "periferia" subordinada, limitado por la geografía.

Para los fines de este análisis, el tiempo es una variable que opera en dos dimensiones: Por un lado, el tiempo, entendido como un proceso de larga duración que trasciende a la vida

de las parteras, y se reconoce como la historia regional, y el tiempo biográfico, concerniente al ciclo de vida de las parteras. Ambas dimensiones articuladas con el espacio-tiempo y las escalas geográficas, se entrelazan para configurar el acceso a los recursos y orientar las decisiones cotidianas de subsistencia, tanto a nivel individual como familiar y colectivo.

A partir de los recursos disponibles y en interacción con el territorio, las parteras han construido un conocimiento situado, que les ha permitido categorizar, clasificar y conceptualizar la realidad, dando lugar a una memoria colectiva orientado a un uso práctico, intelectual y espiritual. Estos procesos de ocupación y apropiación del espacio están mediados por los roles de género y la edad, factores inciden tanto en lo que se conoce como en el uso práctico de ese conocimiento.

En el caso de las parteras, este saber se ha circunscrito al ámbito doméstico y comunitario mediante procesos de territorialización, que se expresan de manera concreta en prácticas como caminar por el monte, reconocer y recolectar plantas en sitios y momentos del día adecuados. En tanto conocimiento específico, este saber trasciende estos ámbitos al articularse con la biomedicina a través de las capacitaciones institucionales, pero sobre todo mediante la observación y la escucha de enfermeras y médicos alópatas. Así bien, aun cuando tiene como base la medicina doméstica y campesina se transfigura a un tipo de saber especializado que no constituye una mera suma de conocimientos, sino el resultado de procesos de aprendizaje, observación y aplicación de criterios para el cuidado de sus pares a lo largo del ciclo reproductivo. Es aspecto será retomado y desarrollado con mayor profundidad en los capítulos 4 y 5 del documento.

En esta perspectiva, el territorio, para los *ñuhus* es el lugar de residencia de las “fuerzas” de la naturaleza: la Santa Madre Tierra, *Mäka höi*; el fuego, *zibi*; el aire, *n`dähi*; y el agua de los manantiales, *dehë n'güe yü taxä máyë*. Esta última era utilizada por las antiguas parteras para purificar la ropa de cama usada en el parto mediante su lavado, y así evitar que la familia fuera afectada por los desechos y la sangre, lo cuales se consideraban causantes de una enfermedad

de la piel conocida como *bi n'zö* (quemada). Para ellas, el agua en su fluidez, tenía la capacidad de transmutar la podredumbre, a cambio de una ofrenda compuesta de velas, pan, refino y cigarros (Ignacio, notas de campo, 2020-2023).

La subregión integrada por los municipios de Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla es inminentemente rural; cerca del 80% de la población se dedica a actividades primarias (M. Carrillo, 2021) y, en menor proporción, a la ganadería extensiva en pequeños hatos, así como a la siembra de maíz y frijol, que aseguran la alimentación básica de las unidades domésticas. En la parcela, el trabajo se organiza en torno al sistema milpa, que articula el cultivo de maíz, calabaza, frijol-chilar y cacahuate, destinado para el autoconsumo familiar. A ello se suma la producción de café, cuyos excedentes se comercializan en el mercado local o a través de intermediarios. Las familias en condiciones de mayor precariedad complementan sus ingresos mediante el bordado a destajo de *tenangos* y la venta de café en grano a acopiadores, frecuentemente identificados como cooperativas o asociaciones de cafecultores. No obstante, estas estrategias productivas permiten cubrir únicamente las necesidades básicas de subsistencia -principalmente alimentación y vestimenta- de las poblaciones indígenas y rurales (M. Carrillo, 2014).

En la Sierra, los ayuntamientos asentados en las cabeceras municipales concentran el poder político y, de manera predominante, se encuentra en manos de población mestiza o amestizada.<sup>36</sup> Asimismo, estas cabeceras funcionan como centros económicos, educativos y de salud, ya que en ellas se localizan los hospitales, y las sedes universitarias, las tiendas de abasto y los tianguis, que operan como espacios de encuentro, conflicto, gestión y comercialización de excedentes agrícolas.

---

<sup>36</sup> En el 2024, una mujer indígena de la comunidad de San Nicolás de Tenango de Doria, afiliada a MORENA, gana por vez primera las elecciones municipales.

En estas condiciones, la migración hacia los centros urbanos y hacia los Estados Unidos se presenta como una alternativa de vida para las y los jóvenes de la subregión, quienes, en muchos casos, esperan únicamente alcanzar la edad suficiente para reunirse con familiares que se encuentran del otro lado de la frontera. Las remesas han tenido un impacto significativo en la dinámica económica local. En comunidades como San Nicolás y Santa Mónica, algunos migrantes retornan de manera temporal para prestar servicio en cargos comunitarios durante un año, integrándose a las estructuras de autoridad comunitaria, como delegados<sup>37</sup> o ayudantes.

La migración de la población adulta y joven es mayoritariamente masculina, y sus causas se relacionan con las escasas opciones de ingreso económico, los bajos salarios, la falta de incentivos para el campo, y el limitado interés de los jóvenes en actividades agrícolas.

De manera paralela, y en años recientes, han surgido experiencias autogestivas a través de cooperativas promovidas por jóvenes originarios de la región. En el transcurso de las últimas dos décadas, el bordado de *tenangos* ha adquirido relevancia creciente en los ingresos familiares, contribuyendo a la necesaria diversificación de la economía campesina.

**Figura 6.** *Espacio territorializado, entorno y conocimiento*



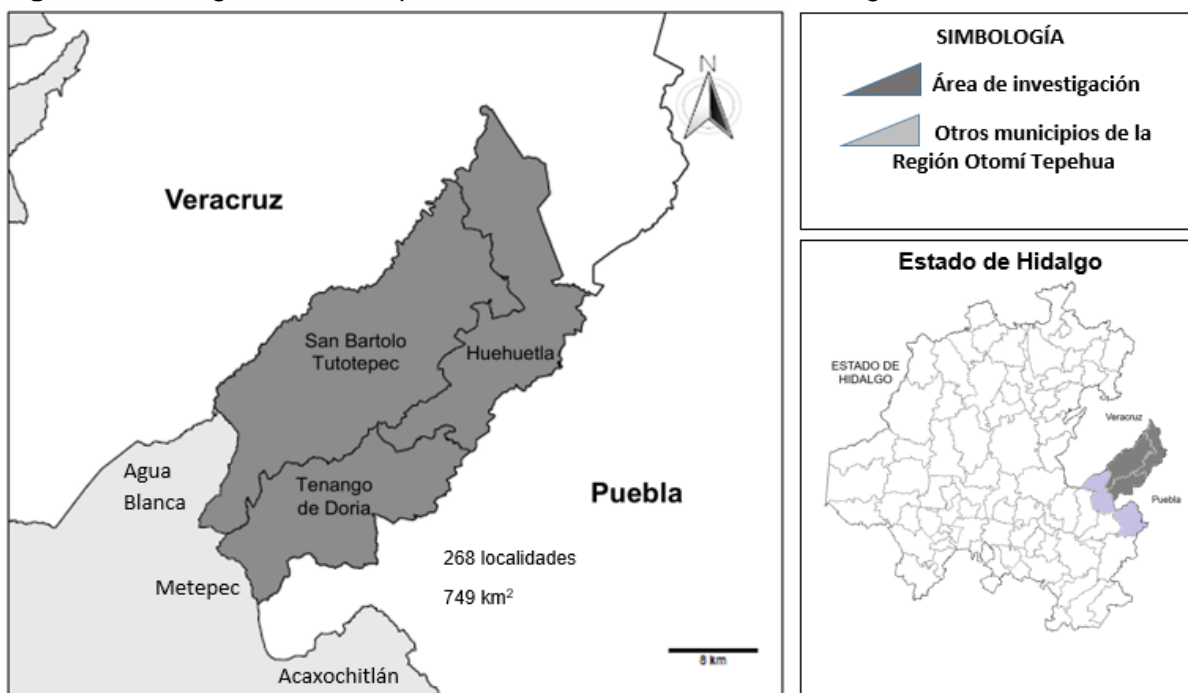
La partera María de la comunidad Mirasol, Mpo. Huehuetla. Derecha. Recortes de papel, representaciones de las fuerzas de la naturaleza en el ritual de la Santa Campana, San Bartolo Tutotepec. Fotografía de autoría original de la autora, 2023.

<sup>37</sup> Representante comunitario, que hace funciones de gestión administrativa frente al municipio

## 2.1 Subregión: Huehuetla, San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria

La Sierra Otomí-Tepehua (SOT) forma parte del continuo montañoso que atraviesa el país y se integra a la Sierra Madre Oriental. A lo largo de su extensión es habitada por diversos pueblos originarios; recibe el nombre de Otomí-Tepehua la fracción de la sierra ubicada en el sureste del estado de Hidalgo. La SOT “principia en el Altiplano, en Tulancingo, y continúa por la franja serrana hasta colindar con el estado de Veracruz” (Báez & Garret, 2012, p. 55-56). La población que la habita se organiza en pequeños asentamientos dispersos en cerros, valles y laderas, distribuidos en distintas latitudes. De tal modo que, en pocos kilómetros de distancia, es posible observar variaciones de microclimas y tipos de vegetación, que va de bosques de coníferas y encinos, pasando por el bosque mesófilo de montaña, hasta llegar al bosque tropical perennifolio, en un corredor que se extiende de Tenango de Doria a Huehuetla (Villavicencio & Pérez, 2005).

**Figura 7.** Subregión Otomí-Tepehua de la Sierra Oriental de Hidalgo



Mapa elaboración propia con asesoría del biólogo Óscar Antonio Molina.

A los municipios que conforman la Sierra Otomí-Tepehua se accede a través de la carretera federal México-Tuxpan. El primer paisaje que se avista es la planicie semidesértica del Altiplano, cuya vegetación y clima cambian de manera drástica conforme se avanza cuesta arriba hasta llegar a la zona más elevada de la sierra, conocida como el Estribo, ubicada a 2,463 m.s.n.m<sup>38</sup>. A partir de este punto se desciende por la vertiente opuesta de la sierra, siguiendo la misma carretera, hasta llegar a Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla. En sus localidades más alejadas, estos municipios colindan con los estados de Puebla y Veracruz, conformando un continuo territorial de comunidades que comparten condiciones estructurales de marginación.

En este escenario, la Sierra se presenta como un accidente orográfico que divide el territorio en dos subregiones (M. Carrillo, 2014). La primera corresponde a la planicie, donde se localizan Metepec, Agua Blanca de Iturbide y la cabecera municipal de Acaxochitlán,<sup>39</sup> con mayor proximidad a centros urbanos como Tulancingo,<sup>40</sup> Pachuca e incluso la Ciudad de México. La segunda subregión está conformado por los municipios ubicados al otro lado de la Sierra: Tenango de Doria, San Bartolo y Tutotepec y Huehuetla. Esta condición geográfica se traduce en un acceso limitado a los servicios básicos de salud de segundo y tercer nivel.

---

<sup>38</sup> <http://georeferencia.inpi.gob.mx/inpi>

<sup>39</sup> Si bien la cabecera municipal de Acaxochitlán es cercana a los centros urbanos, no así sus localidades, que presenta características de marginación y IDH similares a las localidades de Huehuetla, San Bartolo y Tenango de Doria.

<sup>40</sup> De Tulancingo a Indios Verdes (CDMX): una hora aprox.; y Tulancingo a Pachuca: una hora aprox.

**Figura 8.** *El lugar de los muros, la sierra Otomí-Tepehua*



La Sierra Otomí-Tepehua, vista desde Tenango de Doria. Fotografía original de la autora, 2024.

### **2.1.1 Njü: El lugar de los muros.**

La particularidad geográfica de esta subregión adquiere sentido en el topónimo del primer municipio, Tenango o *Njü*, cuyo significado en español es “el lugar de los muros”. Esta denominación es descriptiva, en tanto la Sierra ha operado como una barrera natural que ha limitado los procesos sociales de articulación social y la intervención del Estado. Miguel Carrillo (2004, 2021), así como otros autores - Quezada (2022), Blancas (2022), Vargas (2011) y Gómez-Aiza (2011)-, coinciden en señalar esta condición geográfica como variable estructural asociada a la pobreza y al aislamiento frente a los procesos de intervención institucional. Para Quezada:

... no es casual que esta sea de las regiones cuyas localidades son marginadas desde hace décadas. La causa deriva de varios factores, uno es indudablemente el aspecto geográfico: aquí la altitud va de los 200 metros sobre el nivel del mar a los 2,800 metros (Quezada & et al., 2022, p. 132).

Para explicar esta condición, Edgar Noé Blancas Martínez, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), realizó un estudio comparativo de localidades indígenas del país situadas en latitudes elevadas. En su investigación observó que el 85% de los asentamientos

humanos ubicados en estas áreas se encuentran en condiciones de Alta y Muy Alta Marginación (Blancas, 2022, p. 152). Esta situación resulta de procesos históricos, de relaciones parroquiales de poder, así como de dinámicas de exclusión, incomunicación y de intervención política y social de carácter estructural. Desde esta perspectiva:

La Sierra Otomí-Tepehua mantuvo su exclusión histórica del desarrollo, conservó su estado marginal en tanto periferia del centro económico y político de Hidalgo, logró que la región se reconociera como espacio distinto al del Valle de Tulancingo, con el que mantuvo desde la independencia del país una relación tradicional de subordinación administrativa, a nivel de gobierno estatal (Blancas, 2022, p. 164).

Adriana Gómez Aiza (2011), catedrática de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), también señaló el desinterés de la academia por la SOT, atribuido a los mismos factores: la inaccesibilidad del "macizo montañoso", al que, hasta la década de los setenta, solo se podía acceder mediante animales de carga o por avioneta. Los elevados costos y las dificultades de acceso desincentivaron el desarrollo de los estudios sistemáticos sobre la región, al menos hasta la segunda mitad de la década de 1970. Este periodo estuvo marcado por transformaciones significativas derivadas de la apertura de carreteras y de una mayor intervención estatal, factores necesarios que impulsaron el auge cafetalero en la región, a partir de la instalación de proyectos del Instituto Mexicano del Café (IMCAFE). En este contexto, las primeras investigaciones académicas se centraron en este cultivo, abordándolo desde diversas perspectivas disciplinarias (González-Romo, 2019; M. Carrillo, 2022; Castelán L., 2022).

Una de las vertientes de la investigación en la región es la etnográfica, desarrollada desde la antropología, con investigadores como James Dow y Jacques Gallinier, cuya inmersión cultural se remonta a la misma década y cuyas obras constituyen referentes para estudios posteriores sobre ritualidad-religión, corporalidad y simbolismo. Entre estas destacan las obras,

ya clásicas: *Pueblos de la Sierra Madre: Etnografía de la comunidad otomí* (1987) de Gallinier y, la *Historia y etnografía de los otomíes de la Sierra* de James Dow (2002).<sup>41</sup>

Sin embargo, la salud y la gestación como tema de investigación ha sido abordados de manera tangencial y, en general, desde enfoques culturalistas y simbólicos desde la antropología. Estos estudios se han centrado en el cuerpo y en enfermedades de filiación cultural, ejemplo de ello, es el estudio etnográfico de la “quemada”<sup>42</sup> en el posparto (Gómez-Aiza, 2011). Un segundo eje, inscrito en esta misma perspectiva, es la etnobotánica, orientado al uso y conocimiento de plantas medicinales en contextos locales (Morales D. M., 2018)

En la última década se ha intensificado los estudios exógenos de corte etnográfico en la Sierra, atraídos por la ritualidad y el pensamiento cosmogónico *ñuhu*, el chamanismo *badí*, así como el uso ceremonial de la Santa Rosa (*cannabis*) y el Santo Thomas (*datura innoxia*). Por otro lado, la instalación de la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo ha sido un parteaguas en el impulso de la investigación endógena, a partir de docentes, estudiantes y egresados originarios de la región, interesados en el estudio del territorio, la educación, la lengua, los procesos políticos, el medio ambiente y los conocimientos situados sobre la herbolaria y la medicina tradicional, así como del extractivismo de los recursos epistémicos bioculturales<sup>43</sup>.

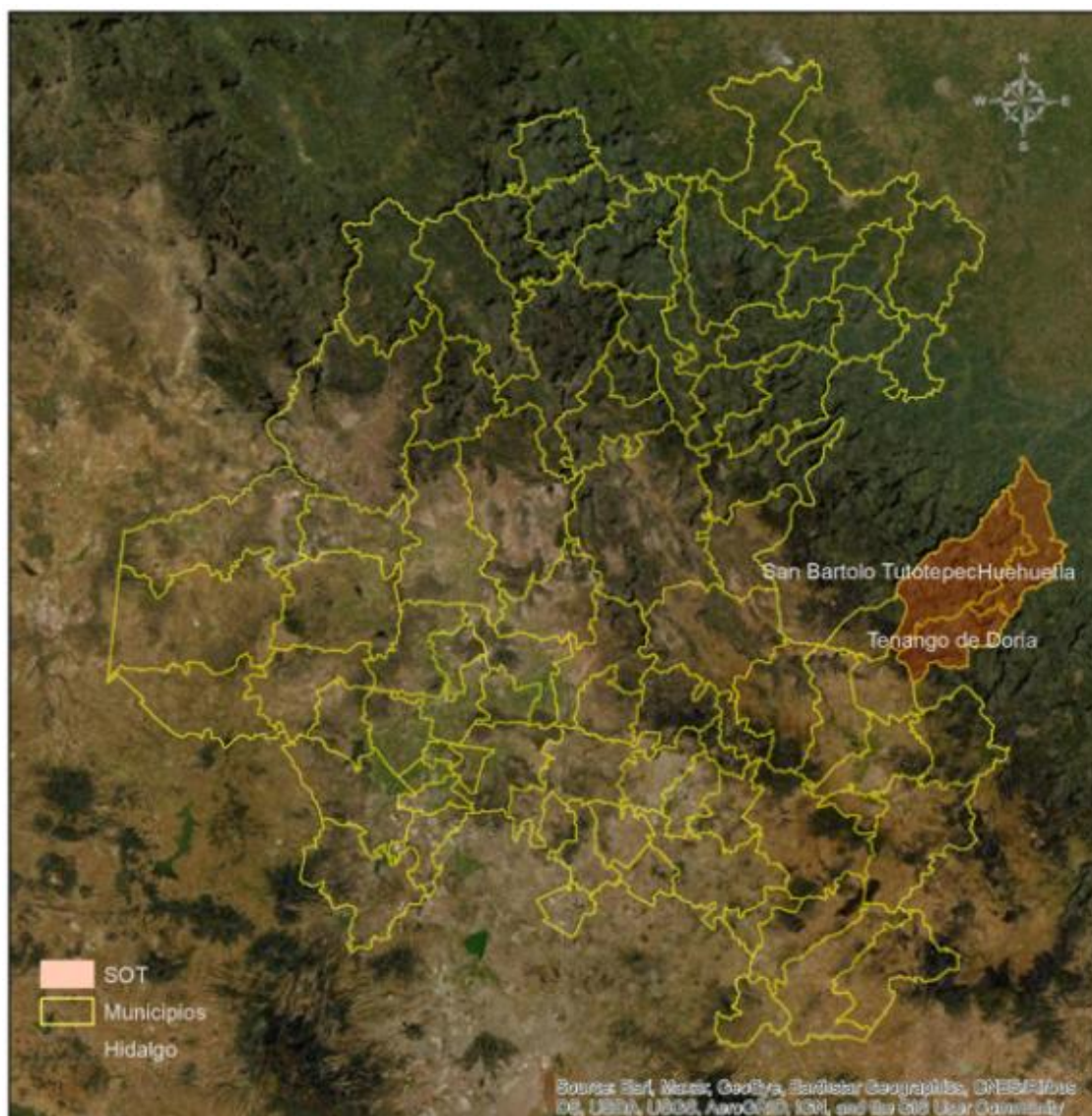
---

<sup>41</sup>. Felipe Diego Aparicio, originario de Huehuetla realizó una documentación histórica de la territorialización de la Sierra en su libro “La separación y división de los pueblos indios en la Sierra de Tutotepeque, Alcaldía Mayor y Tulancingo (1744-1800).

<sup>42</sup> Especie de tiña o dermatitis, en el capítulo 5 de este documento se abordará el tema nuevamente.

<sup>43</sup> En estas investigaciones destacaría las tesis de Mónica Pérez San Agustín, “Documentación lingüística de plantas medicinales usadas por *rã t’ete* en la comunidad Santa Cruz, San Bartolo Tutotepec, Hidalgo” (2025); Yessica Osorio Miranda, “Mujeres lideresas y prácticas sustentables en comunidades de la región Otomí-Tepehua-Nahua (2017); Sara Gómez Sevilla, Ciudadanía comunitaria y coproducción/apropiación comunitaria del territorio: El caso de Santa Mónica, Tenango de Doria, Hidalgo (2022). “

**Figura 9.** Mapa Sierra Otomí-Tepehua



0 5 10 20 30 40 Kilometers

Mapa vectorial de polígonos municipales.

Base cartográfica toponímica.

Representación de relieve ESRI 2016.

Proyección transversal de Mercator, Datum WGS\_1984\_UTM\_Zona\_14N.

Mapa formado por Patricia Catalina Medina Pérez, noviembre 2021



Mapa cortesía de la Dra. Patricia Pérez Medina de Colegio del Estado de Hidalgo

## 2.2 Gestión del Estado en la Sierra

Como ya se comentó, la década de 1970 constituye un parteaguas en la microhistoria de la Sierra Otomí-Tepehua, marcado por intensos procesos de transformación promovidos por políticas de desarrollo rural bajo el enfoque de Desarrollo Compartido, implementado por el gobierno de Luis Echeverría (1970-1976). 2011). En el segundo quinquenio de esa década dio inicio la construcción de la carretera estatal que permitió el acceso a las cabeceras municipales. Si bien la apertura de la brecha comenzó en la primera mitad de los años setenta, esta no llegó a San Bartolo Tutotepec y Huehuetla sino hasta la década de 1990; hasta entonces, el acceso a estos municipios solo era posible, con animales de carga o en avioneta, como lo atestiguan los habitantes de mayor edad.

La infraestructura carretera, aunque predominantemente de terracería, coadyuvó a los procesos de intervención institucional al establecer una dinámica de promoción de actividades comerciales agropecuarias, artesanales y técnicas. Estas fueron dinamizadas por los centros y graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), en el marco del Programa Nacional de Solidaridad Social y la instrumentación del Programa Integral de Desarrollo Rural (PIDER) (CDI,2012, p. 11, 12), así como por la operación de los centros de acopio y beneficios de café del INMECAFE<sup>44</sup>. Si bien esta década puede considerarse como el inicio de la integración de la Sierra a la política estatal de modernización, dicho proceso fue tardía y gradual en comparación con otras regiones indígenas del estado, como el Valle del Mezquital o la Huasteca.

A nivel regional, es necesario destacar la importancia de la producción y comercialización del café como eje económico, a partir del cual las familias campesinas lograron una incipiente

---

<sup>44</sup> INMECAFÉ, que precede al Programa Integral de Desarrollo Rural (PIDER), fue una entidad gubernamental creada en 1958 para apoyar y regular la producción de café en México. Su objetivo principal fue mejorar la productividad y calidad del café, así como estabilizar los precios y apoyar a los cafecultores, finiquitada a finales de los ochenta.

capitalización mediante la inserción de su producción en el mercado local. Su mayor auge ocurrió durante la década de 1980, la intervención del INMECAFE aseguró temporalmente los precios de garantía y subsidios a los pequeños productores. Este proceso abrió la posibilidad de una infraestructura básica que facilitó el tránsito a las cabeceras municipales y, con ello, una mayor movilización de la población, incluida la asistencia a los centros de salud en dichas cabeceras, a los cuales hasta entonces solo se accedía por veredas, a pie o a caballo.

Si bien la producción de café actuó como un dinamizador del desarrollo regional, durante la década de 1980 se vio afectada por condiciones climatológicas adversas y enfermedades como la roya, que impactaron de manera significativa en los rendimientos. A ello se sumaron factores estructurales, como el descenso en las cotizaciones del mercado internacional y el desmantelamiento y desaparición del INMECAFE en 1993. Como efecto, a lo largo del tiempo la producción de café fue decayendo, por lo que el trabajo agrícola tuvo –necesariamente– que diversificarse con ingresos obtenidos a partir de actividades locales como la albañilería, el comercio y el transporte.

En este entramado de actividades múltiples, la migración adquiere cada vez más un lugar preponderante. Este está dirigido a los centros urbanos como Tulancingo, Pachuca y Ecatepec - donde algunas familias han establecido su residencia por la cercanía a Tulancingo y Ciudad de México-, así como hacia los Estados Unidos.

En este último destino, la migración otomí se ha insertado principalmente en actividades de servicios, como restaurantes, el trabajo jornalero agrícola y el sector de la construcción, como peones o mano de obra especializada en pintar viviendas y en el mantenimiento de techos (*roofing*). En este marco, las remesas se han convertido en un ingreso significativo, siendo la localidad de San Nicolás la principal expulsora de mano de obra joven de ambos géneros.

La actividad agrícola constituye el eje de la reproducción material y ritual en la región Otomí- Tepehua, lo cual contribuye a una mayor megadiversidad, gracias a las prácticas diferenciadas de uso y manejo de los recursos agrícolas y forestales. Sin embargo, “en estos

últimos años ha disminuido la práctica agrícola por parte de las familias campesinas, debido al cambio climático, que ha afectado las cosecha y la otra parte por la migración” (JCE, comunicación personal, diciembre 2024), lo que ha derivado en la pérdida de conocimiento tradicional.

Por otro lado, M. Carrillo (2014) señala la débil articulación comunitaria y social, la cual ha limitado las posibilidades de establecer y organizar colectivos orientados a la producción económica, en parte como resultado de los procesos de intervención del Estado, del cual derivaron formas de asistencialismo paternalista y el debilitamiento de la economía campesina.

A ello se han sumado la ineficacia y corrupción de los ayuntamientos en la administración del presupuesto asignado a programas públicos. Así como la insuficiencia de servicios básicos y las deficiencias en la gestión de los recursos naturales (Manetta & Serrano, 2020). Estos procesos históricos y sociales han incidido en la configuración de prácticas de cacicazgo, clientelismo político y coyotaje alrededor de los dos principales productos de interés para el mercado local y nacional: el café y los *tenangos*<sup>45</sup>. En conjunto, estos factores han conducido a una desaceleración del desarrollo económico local y a la reproducción de condiciones de vulnerabilidad social.

Un ejemplo de los procesos tardíos de intervención del Estado es la instalación del Centro Coordinador Indigenista (CCI) como representación local del Instituto Nacional Indigenista (INI) en Tenango de Doria, la cual ocurrió hasta 1973, veintidós años después de que esto mismo ocurriera en el Valle de Mezquital, en el municipio de Ixmiquilpan. El indigenismo como política de Estado, se caracterizó por su enfoque desarrollista, cuyo objetivo principal fue “elevar la condición del indígena para hacerlo copartícipe de la vida nacional y para lograr una

---

<sup>45</sup> *tenango*, se le denomina al bordado multicolor creado en la localidad de San Nicolás, localidad de Tenango de Doria en la década de los 60, de alto valor comercial, pero cuyo impacto ha contribuido a desplazar otros bordados con mayor significado cultural.

mayor participación de ellos en la producción y en los beneficios del desarrollo nacional” (CDI, 2012, p.11).

Otra acción de intervención fue la del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), el cual se ocupó de la traducción de la biblia al *tepehua* y al otomí, en la variante de la Sierra, con un objetivo evangelizador (Dow, J., 2002). El ILV fue precursor de la introducción de religiones protestantes en localidades como San Nicolás, entre ellas las Iglesias Pentecostales, Bautista, Adventista del Séptimo Día y la Iglesia de Dios. Este proceso contribuyó a la desarticulación del trabajo comunitario y a la cohesión social, además de debilitar instituciones tradicionales comunitarias, como las mayordomías e impactar la estructura político-religiosa de las comunidades.

Evidencias de su impacto pueden encontrarse en Huehuetla, donde dejaron a su paso cuadernillos y documentos sobre la gramática del otomí de la Sierra y el *tepehua*, además de la conformación de una organización de traductores e intérpretes en la localidad de San Antonio, perteneciente al mismo municipio. En San Nicolás y Tenango de Doria, las familias que participaron en estos procesos aún conservan, con afecto recuerdos de folletos, fotografías y cartas de los misioneros (por ejemplo, la carta con la que comienza el capítulo siguiente).

### **2.2.1 Educación superior.**

En relación a la formación de recursos humanos en medicina, durante el período posrevolucionario de reconstrucción nacional, el Estado mexicano se ocupó de promover la formación de perfiles médicos con orientación social para la atención de la población en geografías remotas, a través de la instalación de la Escuela Superior de Medicina Rural (1938) del Instituto Politécnico Nacional (1935). Aun cuando esta orientación se desdibujó con el tiempo, la necesidad de estos perfiles es vigente, ya que en el currículo de las universidades del país han predominado los contenidos disciplinares biomédicos, relegando los enfoques sociológicos (Campos-Navarro, 2010).

De manera contemporánea, este reto -considerando las distancias en tiempo, espacio y perspectivas pedagógicas- ha recaído en las Universidades Interculturales, cuyo principio y horizonte deseable es el diálogo de saberes, como lo estipula el Modelo Educativo Intercultural (Casillas & Santini, 2009).

Por ello, en esta revisión de los actores del contexto regional, resulta pertinente mencionar a la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo, cuya incidencia e impacto en las epistemologías locales aún están por determinarse.

La UICEH inició actividades académicas en octubre de 2012. En 2019 se abrió la carrera de Enfermería, con dos grupos de 30 estudiantes, y un año después se implementó la carrera de Médico Cirujano con 30 estudiantes adicionales. Para el 2024, la matrícula de ambas licenciaturas alcanzó un total de 526 estudiantes, lo que representó el 52% de la matrícula total. Estos procesos llevan a una reflexión sobre la operatividad del diálogo intercultural (Casillas & Santini, 2009) en la formación de recursos humanos en un contexto marcado por el predominio del Modelo Médico Hegemónico como paradigma epistémico. A pesar de la intencionalidad expresa de diálogo o ecología de saberes, se vislumbran riesgos potenciales como el desplazamiento o la apropiación de los conocimientos de los pueblos originarios, así como la invisibilización de los agentes de sanación comunitaria -parteras, curanderos, yerberos y *bãdis*-, aunque en escenario alternativo, también podrían constituirse en espacios de reconfiguración de saberes entre jóvenes de los pueblos originarios interesados en los temas de salud, solo habrá que idear los mecanismos.

La UICEH no ha sido la única intervención en educación superior en la SOT. Desde la década de 1990 comenzaron a operar otras instituciones educativas; en 1995 se inauguró la sede de la Universidad Pedagógica Nacional sede Tenango de Doria, y a partir del año 2007 opera el campus de la Universidad Tecnológica de Tulancingo en Santa Úrsula, localidad del municipio Huehuetla. Ambas instituciones tienen como objetivo extender la cobertura educativa a los jóvenes de la Sierra.

En el 2018, el UNFPA, en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, a través de la Dirección de etapas de la Vida, apoyó la apertura de la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería en la Universidad Tecnológico de Tulancingo, en el mismo período en el que se intentó instalar un programa similar en la UICEH, en el marco del subproyecto *Fortalecimiento de la Partería Profesional en México* del Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR). Finalmente, dicha iniciativa no se concretó en la UICEH; en cambio, sí se implementó en la UTT, con base en contenidos curriculares biomédicos.

**Figura 10. Compartencias**



La partera Estela compartiendo saberes con estudiantes del área de la salud.  
Fotografía de autoría propia, 2024.

Un dato relevante es la feminización de la educación superior en la región, con una proporción del 70% de mujeres y del 30% de hombres. En el caso de la UICEH, las mujeres representan el 66% de la matrícula, de acuerdo con datos del 2024 (SEP, Estadística 911). No obstante, es oportuno señalar que la población que logra acceder a la educación superior es reducida, ya que la deserción escolar y el rezago educativo predominan en la SOT. Los municipios de San Bartolo Tutotepec y Huehuetla presentan los grados más altos del indicador

en rezago educativo<sup>46</sup> a nivel estatal, con un 33.65 y 33.59 en el año 2020, respectivamente, en contraste con Pachuca de Soto, que registró un 8.83 en el mismo período (IHE, 2024).

Tabla 2. Educación superior en la Sierra Otomí-Tepehua 2019-2024

		Número de estudiantes de Educación Superior								
		2019-2020			2020-2023			2023-2024		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo	253	121	132	431	148	283	526	178	348	
Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 131, Sede Regional Tenango de Doria	131	43	88	243	62	181	267	60	207	
Universidad Tecnológica de Tulancingo. Unidad Académica Santa Úrsula	71	37	34	18	9	9	6	4	2	
<b>TOTAL</b>	<b>455</b>	<b>201</b>	<b>254</b>	<b>692</b>	<b>219</b>	<b>473</b>	<b>799</b>	<b>242</b>	<b>557</b>	

Fuente: Estadística 911, SEPH. Ciclo escolar 2019-2020; 2020-2023, 2023-2024.

### 2.2.2 Dinámica demográfica e inequidad social en la Sierra Otomí-Tepehua

Para comprender la dimensión de la problemática y su expresión a nivel local, es necesario enunciar algunos indicadores específicos para el caso de la SOT. En el año 2020, el estado de Hidalgo contaba con una población de 3, 082,841 habitantes (equivalente el 2.4 % del total nacional), distribuida en 4,514 localidades rurales y 176 urbanas, en un territorio de 20,821.4 km<sup>2</sup> (INEGI, 2020). Esto significa que el 57% de la población del estado reside en áreas urbanas y el 43 % en pequeñas localidades rurales, lo que evidencia una concentración demográfica desigual y polarizada entre zonas urbanas y rurales, así como una marcada dispersión poblacional en las localidades rurales.

La subregión de la SOT, conformada por los municipios de Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla, cuenta con 268 pequeños asentamientos rurales y tres cabeceras

<sup>46</sup> “La carencia por rezago educativo considera los cambios en la legislación que México ha realizado, esto permite medir con mayor precisión si el Estado está garantizando el derecho a la escolaridad obligatoria; se considera que no se cumple con la normativa cuando no se garantiza la escolarización en las edades típicas para asistir a los niveles educativos obligatorios vigentes” (CONEVAL, [https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/MejorasUso/IPP/Documents/Rezago\\_educativo.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/MejorasUso/IPP/Documents/Rezago_educativo.pdf))

municipales. En este territorio residían, hasta el 2020, 58,048 habitantes (INEGI). De ellos, 29,900 correspondían al género femenino (51.50%) y 28,148 al masculino (48.50%). El 90.76% de estas localidades está habitado por menos de doscientas cincuenta personas. Al respecto, Freyermuth señala que, a nivel nacional:

Sin ser una regla, generalmente las localidades pequeñas están más aisladas y alejadas de los servicios de salud. De las mujeres que fallecieron del 2003 al 2007 se puede reconocer que 1 977 de ellas tenían como residencia habitual una localidad con menos de 2 500 habitantes; la Tasa de Muerte Materna es dos veces mayor para las que se ubicaban en este tipo de localidades con respecto de aquellas que vivían en ciudades de un millón y más (Freyermuth E. M., s/f, p. 22).

De ello se infiere que las mujeres *ñuhus* y *tepehuas* de las localidades con estas características (que constituyen el 90% del total) han tenido como principales opciones la atención de las parteras o el desplazamiento para el monitoreo y la atención médica durante los procesos de gestación, situación que resulta particularmente crítica en casos de urgencia durante el parto.

Tabla 3. Indicadores socioeconómicos. Localidades con menos de 5000 habitantes

Municipios	% Población de 15 años o más analfabeta	% Población de 15 años o más sin educación básica	% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	% Población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos	Grado de marginación, 2020
San Bartolo Tutotepec	26.74	53.65	100	87.7	Muy Alto
Huehuetla	26.1	53.36	100	91.84	Alto
Tenango de Doria	16.27	46.64	100	85.67	Medio
Subregión	23.04	51.22	100	88.4	

Fuente: Elaboración propia con base a datos CONAPO. Indicadores socioeconómicos, índice de marginación por entidad federativa, 2020.

En términos comparativos, de los 84 municipios que conforman el estado de Hidalgo, San Bartolo Tutotepec (54.19) y Huehuetla (54.45) se ubican en el primer y tercer lugar, respectivamente, en el índice y grado de marginación a nivel estatal, con niveles Muy Alto y Alto.

En este mismo indicador, Tenango de Doria (53.33) ocupa el lugar 21, con un grado medio de marginación, a pesar de que sus localidades presentan condiciones similares a las de los otros dos municipios (CONAPO, 2020).

En la subregión prevalecen condiciones de inequidad social. Según datos de 2020 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2020), en el estado de Hidalgo, la población de 45 de los 84 municipios que lo conforman vive en situación de pobreza y pobreza extrema. A nivel nacional, el estado ocupa la posición 11 en este indicador. Indicadores como el grado y el índice de marginación y el índice de Desarrollo Humano<sup>47</sup> (IDH) reflejan las condiciones concretas de pobreza,<sup>48</sup> situación en la que se encuentra el 71.4% de la población de la subregión; mientras que el 18.2% enfrenta factores adicionales que la clasifican en pobreza extrema<sup>49</sup> (DGPA, 2023). En términos proporcionales, el 23% de esta población de 15 años y más es analfabeta; el 51.22% de las personas de 15 años y más, cuentan únicamente con educación básica, y el 88.4% de las personas ocupadas percibe ingresos menores a dos salarios mínimos (DGPA, 2023).

Tabla 4. Indicadores socioeconómicos, índice de marginación

Municipios	% Población de 15 años o más analfabeta	% Población de 15 años o más sin educación básica	% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	% Ocupantes en viviendas sin agua entubada en el ámbito de la vivienda	% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	Ocupante en viviendas con piso de tierra	% Población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos
San Bartolo T.	26.74	53.65	4.18	4.3	9.27	34.94	17.85	87.7
Huehuetla	26.1	53.36	2.78	2.32	22.26	33.53	9.21	91.84
Tenango de Doria	16.27	46.64	3.07	0.97	1.45	27.5	4.32	85.67
Total Subregión	23.04	51.22	3.34	2.53	10.99	31.99	10.46	88.4

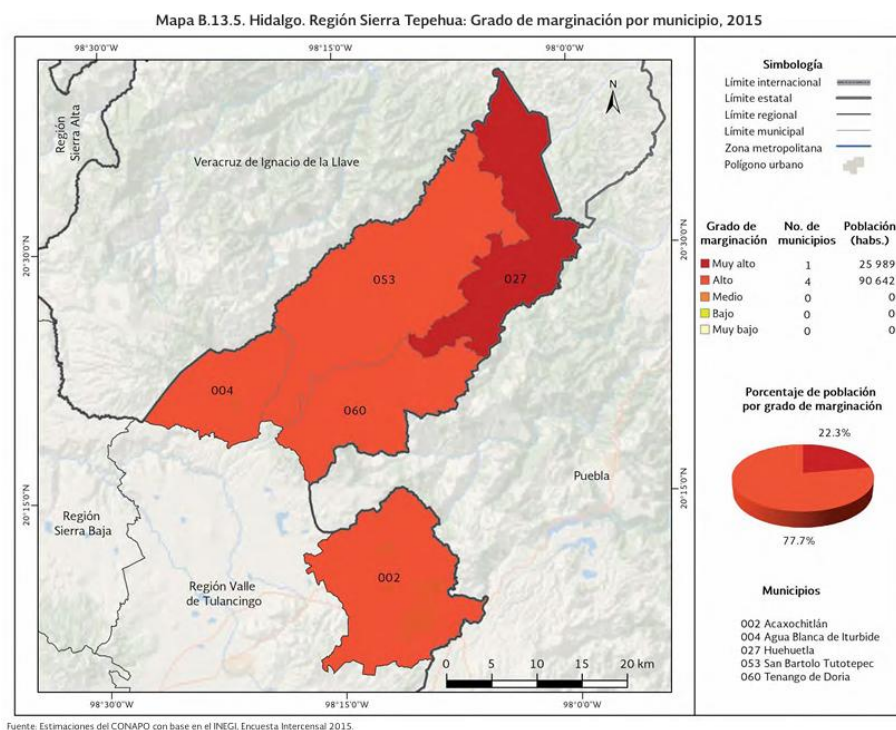
Fuente: Elaboración propia con base a datos CONAPO. Indicadores socioeconómicos, índice de marginación por entidad federativa, 2020.

<sup>47</sup> El Índice de Desarrollo Humano (IDH) creado por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD), mide el logro medio de un país en tres dimensiones: esperanza de vida al nacer, educación<sup>47</sup>, y el PIB real per cápita, los tres factores mide el potencial de las personas en relación a las oportunidades para su bienestar (PNUD, 1995).

<sup>48</sup> La población en situación de pobreza comprende la sumatoria de pobreza extrema más pobreza moderada

<sup>49</sup> Línea de Pobreza por ingreso suficiente para adquisición de la canasta básica alimentaria

Figura 11. Grado de marginación por municipio, Región Otomí-Tepehua, 2015.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI. Encuesta Intercensal, 2015

Tabla 5. Indicadores de inequidad estructural 2020

Municipios		Población total	Población en situación de pobreza	Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	Población con carencia por rezago educativo	Población con carencia por acceso a los servicios de salud
Hombres	San Bartolo Tutotepec	8,841	64.6	64.9	32.5	14.2
	Tenango de Doria	8,328	62.5	63.5	25.1	13.4
	Huehuetla	11,960	74.9	75.3	32.5	13
Mujeres	San Bartolo Tutotepec	8,863	65.7	66.1	34.8	9.8
	Tenango de Doria	9,343	64.5	65.7	22.6	9.5
	Huehuetla	12,667	76.6	77.2	34.7	8.3
Población indígena	San Bartolo Tutotepec	10,458	73.4	73.6	40.4	10.6
	Tenango de Doria	4,985	68.0	68.6	29.3	-
	Huehuetla	17,247	80.2	80.6	38.5	9.9

Fuente: Elaboración propia con base a datos de CONEVAL, 2020.

Tabla 6. Índices de marginación por municipio

Municipios	Índice de marginación	Grado de marginación	Número de localidades	Extensión Territorial en Km <sup>2</sup> .	Lugar que ocupa en el contexto estatal n/84
Huehuetla	48.803	Alto	87	212.9	3
San Bartolo Tutotepec	48.651	Muy Alto	125	357.86	1
Tenango de Doria	53.223	Medio	62	176.71	21
TOTALES			274	747.47	

Fuente: Elaboración propia basado en: Hidalgo. Indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por municipio, 2020

### 2.2.3 Etnicidad.

Factores como el género, la escolaridad, la residencia en localidades dispersas, la pobreza y la etnicidad constituyen componentes que condicionan las desigualdades y determinan el acceso y el disfrute de los recursos materiales y sociales, vinculados a un proceso histórico colonial de exclusión sistemática.

Los criterios de identificación étnica en los censos actuales incluyen aspectos lingüísticos, la autoadscripción y la jefatura de familia hablante de una lengua indígena (HLI). Según datos del 2020 (INEGI), en el estado de Hidalgo residían en ese año 362,629 HLI de tres años o más, lo que representa el 36.7% de la población estatal. Esta población se distribuye entre hablantes de náhuatl (65%), otomí (33.2%), tepehua (0.8%) y totonaco (0.7%) (INEGI, 2020).

En cuanto a la subregión, en términos de lengua originaria, en la mayoría de las localidades predomina el otomí en su variante de la Sierra, conocida como *ñuhu*, *ñuju* o *yühu* (INALI, 2013). Esta lengua presenta una menor presencia en las cabeceras municipales, las cuales constituyen núcleos de población mestiza. Por su parte, los hablantes del *ma'alh'ama'*, conocido como *tepehua*, se concentran únicamente en 18 localidades de Huehuetla y constituyen una minoría en riesgo de desplazamiento lingüístico, con apenas 1,656 hablantes registrados. Los *tepehuas* conforman una isla cultural y lingüística en medio del predominio otomí. Desde una perspectiva etnográfica, otomís y *tepehuas* comparten prácticas y conocimientos en los procesos de salud-enfermedad-atención. En este contexto, las parteras de ambos pueblos

originarios enriquecen mutuamente sus saberes en los espacios de capacitación del sector salud, donde también adoptan técnicas de la medicina alópata.

Al aplicar el criterio de hogares con jefatura y/o cónyuge hablante de lengua indígena (PHG\_IND), este sector de la población asciende a 31,547 personas, lo que representa el 54% del total. Esta población se distribuye de la siguiente manera: Huehuetla 15,385 (48.8%), San Bartolo Tutotepec, con 9,134 personas (29%) y Tenango de Doria, con 7,028 (22.3%) (INEGI, 2020).

Tabla 7. Hablantes de lengua indígena

	PHOG_IND	P3YM_HLI_F	P3YM_HLI_M	P3_HLI	Mujeres HLI Monolingües	Mujeres HLI Bilingües
Huehuetla	15385	5619	5093	10712	889	4695
San Bartolo T.	9134	2569	2468	5037	262	2304
Tenango de Doria	7028	2328	2036	4364	187	2117
<b>TOTAL</b>	<b>31547</b>	<b>10516</b>	<b>9597</b>	<b>20113</b>	<b>1338</b>	<b>9116</b>

Fuente: Elaboración propia con base a datos del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, Principales resultados por localidad, ITER, 2020.

#### **2.2.4 Salud y etapa reproductiva femenina.**

Según el último dato del ITER del INEGI 2020, la subregión conformada por los tres municipios de interés registró una población femenina total de 66,541 habitantes. La proporción por género fue de 51.50% mujeres y 48.49% hombres. La población femenina en edad reproductiva (de 15 a 49 años) representó, según este último censo, el 48.5% (14,508) de las mujeres de la subregión. El promedio de hijos nacidos vivos en ese mismo periodo fue de 2.77, superior a la media estatal de 2.17, y a la nacional de 2.20.

Con respecto a las mujeres hablantes de lenguas indígenas, según el INEGI, en 2020 existían un total de 9,116 mujeres bilingües (español, *ñuhu* y tepehua) y 1,338 mujeres monolingües de lengua indígena (1.2%), casi todas ellas mayores de 50 años. Este último grupo constituye el nivel de intersección más vulnerable. Dentro de este conjunto de tres municipios, Huehuetla es en donde se concentra el mayor número de indicadores de desigualdad social, así

como el mayor número de parteras tradicionales, ya sea activas o como gestoras de servicios vinculadas al sector salud.

El Atlas de riesgo por Desastre en Salud de 2016 (SSH, 2016 ), último reporte disponible, ofrece una semaforización de alerta sobre los padecimientos de mayor incidencia a nivel municipal, entre ellos los relacionados con la salud reproductiva. En la tabla 8 se destaca la prevalencia de enfermedades como el cáncer cervicouterino y la muerte materna. Otro dato relevante que no puede ignorarse es la presencia de VIH/SIDA en el municipio de Huehuetla.

Tabla 8. Semaforización de incidencias

Semaforización				Índice de componente en salud
Tenango de Doria	Accidentes, alcohol, <b>cáncer cérvico uterino</b> , tuberculosis	Cólera, hepatitis, rabia, VIH Sida,	<b>Mortalidad materna</b> , paludismo.	0.81
San Bartolo Tutotepec	Accidentes, alcoholismo, cólera, <b>mortalidad materna</b> , tuberculosis	<b>Cáncer cérvico uterino</b> , hepatitis, rabia, VIH Sida.	Paludismo	0.64
Huehuetla	<b>Cáncer cervico uterino</b> , cólera, <b>mortalidad materna</b> , tuberculosis, VIH Sida	Accidentes, alcoholismo, dengue, hepatitis	Paludismo, rabia, brucelosis	0.75

Fuente. Concentración de información propia con base a la información Atlas.ssh.gob.mx/municipio.php.

Desde la perspectiva institucional, el embarazo adolescente forma parte de la agenda prioritaria de salud pública del gobierno del estado de Hidalgo, materializada en la Estrategia Hidalguense para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (EHPEA mediante una coordinación interinstitucional encabezada por el Consejo Estatal de Población (COESPO). De acuerdo con este marco, la adolescencia comprende la etapa de vida femenina entre 10 y 19 años de edad. El enfoque adoptado por estrategia, aborda el embarazo adolescente como un fenómeno multidimensional e intercultural, que trasciende la dimensión biológica, al implicar impactos en los ámbitos de la salud, derechos humanos y desarrollo personal y social, con el objetivo de reducir en un 50% la fecundidad adolescente de 15 a 19 años, y erradicarlo en las menores de 15 años al año 2030.

Desde esta perspectiva, la adolescencia es un fenómeno complejo, sin embargo, el enfoque biomédico continuo permeando en las acciones del sector salud. A partir de la preocupación sobre los riesgos que implica el embarazo adolescente en el aspecto fisiológico, sobre todo en aquellas adolescentes en las que se articulan condiciones de pobreza, desnutrición y desconocimiento o limitaciones de las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

En este marco, según el Consejo Estatal de Población (COESPO, 2023), Acaxochitlán es el municipio con la mayor concentración de nacimientos en adolescentes en la Región Otomí-Tepehua. Del total de estos nacimientos, el 22.22% correspondió a menores de entre 10 a 14 años. Para la subregión de interés, se registró que en Huehuetla el 26.74% de los nacimientos de totales, correspondió a madres adolescentes; mientras que en Tenango de Doria la proporción fue del 20.59%. En conjunto, los municipios de la Región Otomí-Tepehua, integran parte de los 20 municipios prioritarios de atención, identificados en el Informe Ejecutivo del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021 (COESPO H. , 2023).

Al respecto, de acuerdo con información de la Jurisdicción Sanitaria XIII, en el año 2020 se registraron 524 nacimientos vivos (NVR) en adolescentes de 15 a 19 años, lo que representó una tasa específica de fecundidad en adolescentes (TEFA) de 69.89, la más alta entre las 17 jurisdicciones sanitarias del estado. En contraste, Pachuca de Soto reportó una TEFA de 39.34 (COESPO H. , 2023). A nivel estatal, la TEFA fue de 40.88, mientras que el indicador nacional alcanzó en ese año alcanzó el 42.96.

El embarazo adolescente, en el contexto de la cultura otomí de la región es concebido como parte de la trayectoria de vida de las mujeres. No obstante, también constituye un motivo de preocupación para las parteras tradicionales, debido a que un número indeterminado de casos carece de seguimiento médico o del acompañamiento de la propia partera, ya que la gestación es vivida de manera oculta hasta el momento del parto, sobre todo en menores de edad. Esta situación se traduce en una atención prenatal tardía e insuficiente, aunada al impacto

psicoemocional en las niñas y jóvenes, sobre todo en los casos de abuso físico y sexual o de matrimonios tempranos no consentidos.

En cuanto a la natalidad, se observa un proceso demográfico decreciente en la subregión. En un periodo de cuarenta años, el promedio de hijos por mujer descendió de 7.2 a 2.8 hijos por mujer en edad reproductiva entre las décadas de 1980-2020, con una proyección de 1.72 hijos para 2050 (COESPOH, 2023). Esta dinámica es comparable con la observada a nivel nacional, donde, en un periodo de cincuenta años (1970–2020), el promedio de hijos por mujer disminuyó de 7.0 a 1.99. Como se muestra en la tabla 9. En esta también se observa, que el rango en edad reproductiva de la subregión presentan una mayor concentración en el grupo adolescente de 15 a 19 años (19.4 %), lo que constituye la base de la pirámide poblacional.

Tabla 9. Población femenina en edad reproductiva 2020

Población femenina en edad reproductiva al año 2020. Subregión 15 a 49 años										
Municipio	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	TOTAL	%*	RO_HNV
Total Hidalgo	135080	121946	122786	121520	119575	113323	103374	37604		2.17
Huehuetla	1142	811	735	814	788	727	631	648	38.93	2.80
San Bartolo Tutotepec	898	636	635	586	600	524	473	352	29.99	2.83
Tenango de Doria	779	714	781	652	561	529	492	508	31.07	2.68
Total Sub region	2819	2161	2151	2052	1949	1780	21596	4508	100	2.81

Fuente: Elaboración propia con base a datos del ITER Hidalgo, 2020.

\*Porcentaje con referencia al total de la Subregión

### 2.2.5 Infraestructura en salud.

Hasta el 2023, Tenango de Doria fungía como sede de la Jurisdicción Sanitaria XIII, dependiente de los Servicios de Salud de Hidalgo (SSH). Desde esta jurisdicción se operaban acciones institucionales vinculadas a la partería tradicional, cuya área de cobertura se extendía a la mayor parte de las localidades de los tres municipios que integraban la región. Por su parte, el IMSS, a través del Hospital Rural 23 Metepec y sus Unidades Médica Rurales, gestionaban la

vinculación con las parteras tradicionales de los municipios de Acaxochitlán, Metepec y Agua Blanca, si bien las delimitaciones de cobertura de estas instancias no correspondían de manera exacta con las divisiones político administrativas municipales.

No obstante, en ese mismo año dio inicio el proceso de federalización de los servicios de salud, con el objetivo de transferir las obligaciones e infraestructura hospitalaria y clínica<sup>50</sup> de los SSH al organismo IMSS-Bienestar (DOF:17/01/2024).

De manera paralela, se tomó la decisión de reducir el número de jurisdicciones sanitarias de 17 a 12, mediante la integración de nuevas demarcaciones. Como resultado de esta reconfiguración, la Jurisdicción Sanitaria XIII fue suprimida, y sus responsabilidades administrativas y operativas fueron transferidas a la Jurisdicción Sanitaria Regional Tulancingo.<sup>51</sup> La tabla 10, presenta la infraestructura médica disponible al año 2024.

---

<sup>50</sup> Infraestructura constituida por Unidades Médicas Rurales (UMR), brigadas de salud, Unidades médicas móviles, Unidades de especialidades médicas, consultorios de atención familiar y Hospitales de primer nivel de la Región

<sup>51</sup>La Jurisdicción Sanitaria Regional Tulancingo está actualmente integrada por Acatlán, Acaxochitlán, Agua Blanca de Iturbide, Cuauhtepéc de Hinojosa, Huehuetla, Metepec, San Bartolo Tutotepec, Santiago Tulantepec, Singuilucan, Tenango de Doria y Tulancingo de Bravo.

Tabla 10. Cobertura de atención médica en la Región Otomí-Tepehua

MUNICIPIO	CLAVE	UNIDAD MÉDICA	UNIDADES
San Bartolo Tutotepec	IMSS-Bienestar	Unidad Médica Rural	7
		Brigadas de Salud	1
		Unidad Médica Móvil	1
	SSA	Rural de 01 Núcleo Básico	4
		Urbano de 02 Núcleo Básico	2
		Unidad Móvil	3
		Brigada Móvil	12
		Unidad de Especialidades Médicas	1
		<b>Hospital Integral (Comunitario)</b>	<b>1</b>
Huehuetla	IMSS-Bienestar	Unidad Médica Rural	7
		Brigadas de Salud	1
		Unidad Médica Móvil	1
	SSA	Urbano de 03 Núcleos Básicos	1
		Rural de 01 Núcleo Básico	4
		Unidad Móvil	1
		Brigada Móvil	6
		<b>Hospital General Comunitario</b>	<b>1</b>
Tenango de Doria	IMSS-Bienestar	Unidad Médica Rural	6
		Brigadas de Salud	0
		Unidad Médica Móvil	0
	SSA	Urbano de 03 Núcleos Básicos	1
		Rural de 01 Núcleo Básico	3
		Unidad Móvil	1
		Brigada Móvil	1
		ISSSTE	Consultorio de Atención Familiar

Fuente: Jurisdicción regional número XIII Otomí-Tepehua, Tenango de Doria (2017).

Tabla 11. Caracterización geográfica de los municipios de la Sub región serrana

<b>Extensión Territorial del municipio</b>	<b>Número de localidades</b>	<b>Infraestructura en salud</b>
	<b>83 localidades</b>	
<b>Huehuetla</b> 212.39 Kms <sup>2</sup>	Principales localidades: Santa Úrsula, San Gregorio, San Lorenzo, Achioteppec, San Esteban, San Antonio el Grande, Huehuetla, Dos Caminos, San Guillermo, Río Beltrán, Tierra Amarilla, La Esperanza 1, Cantarranas, Linda Vista (Mirasol), Santa Inés, El Ocotal, San Clemente, Acuatla, Juntas Chicas, Barrio Aztlán y San Ambrosio.	21 casas de salud 1 ISSSTE 11 unidades médicas, 7 IMSS 3 SSA  <b>Con un total de 49 médicos asignados</b>
	<b>126 localidades</b>	
<b>San Bartolo Tutotepec</b> 357.86 Kms <sup>2</sup>	Principales localidades se cuentan: San Andrés, San Bartolo Tutotepec, El Copal, San Sebastián, La Cumbre de Muridores, Piedera Ancha, Parlo Gordo, Calintla, La Joya, San Juan de las Flores, El Mavodo, Pie del Cerro, San Jerónimo, El Canjoy (Casas Quemadas, San Miguel, Río Chiquito, Xuchitlán, Santiago, Colonia Industrial, Valle Verde (Rancho Viejo)	El Municipio cuenta con 5 Centros de Salud y con 7 unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además  <b>Cuenta con 32 casas de salud las cuales prestan auxilio en este rubro.</b>
	<b>59 localidades</b>	
<b>Tenango de Doria</b> 176.71 Kms <sup>2</sup>	Principales localidades: Tenango de Doria, Agua Zarca, Cerro Chiquito (San Pedro Buenavista), Cerro Grande (Veinte Barrancas), Colonia Ermita, Colonia San José, Ejido San José, el Bopo, el Cásiu, el Damo, el Dequeña, El Desdavía, el Despi, el Dexhuadá, el Dixoy, el Gosco, el Juanthe, el Lindero, el Madhó, el Mamay, el Nanthe, el Ñanjuay, el Potrero, el Progreso, el Temapa, el Texme, el Tramo, la Cruz Hernández, San Nicolás, Peña Blanca, San Pablo el Grande.	Unidad de consulta externa
<b>746.96 Km<sup>2</sup></b>	<b>268 localidades</b>	

Fuente: Sistema integral de información del Estado de Hidalgo. Enciclopedia de los municipios del estado de Hidalgo. Cuadro de concentración de información de elaboración propia, web: [docencia.uaeh.mx/estudios](http://docencia.uaeh.mx/estudios)

### 3 *Mä dui (La Sierra)*

Nos contaban nuestros padres que hubo años muy duros en el pueblo, años donde había epidemias. En unas de las cartas enviadas al misionero Richard por nuestro querido Miguel Plata -que en paz descanse- narra ese hecho, fue en el año 1959. La primera carta dice: “Ricardo: te saludamos a todos ustedes, ¿cómo están?, quiero decirte que aquí hay mucha enfermedad, están muriendo niños por calentura y *c’uthehe*’ la segunda carta dice ‘nosotros estamos bien, pero hay mucha enfermedad, muchos han muerto, [a] Salomón se le murió su mamá y su niño”. Si no me equivoco *c’uthehe* es la tosferina, mis padres me contaban que se enterraban de 8 a 10 niños por día (San Nicolás, 2022).

La cita anterior corresponde a la narración de una carta inédita, escrita en otomí y dirigida a *Richard Bligth*, misionero del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), la cual fue recuperada por un vecino de San Nicolás, municipio Tenango de Doria, como parte de un ejercicio de reconstrucción de la microhistoria regional. Este testimonio resulta pertinente en tanto ofrece una descripción cruda y situada de las condiciones sanitarias que prevalecían hacia la quinta década del siglo pasado en dicha localidad, y, de manera más amplia en la Sierra. Dichas condiciones no fueron privativas de ese período, sino que ha sido una constante, cuya reducción solo fue posible con la introducción de la infraestructura médica y el involucramiento de agentes comunitarios de sanación, entre ellos parteras y curadores tradicionales.

En la década de los setenta, el 49.9 % de la población del país vivía en zonas rurales (INEG, 2020). Dentro de este universo, las poblaciones indígenas serranas, no solo de Hidalgo sino del resto del país, históricamente han resentidos condiciones de mayor precariedad, al concluir factores geográficos, dispersión poblacional, y de exclusión social (Blancas, 2022, págs. 152-164). Estas condiciones estructurales han significado brechas que han limitado el acceso y la calidad de los servicios de salud (López Acuña, 1984).

Según información de la UNAM, con base en el Censo General de Población de 1970, el 37% de los municipios del estado de Hidalgo carecían de cualquier tipo de servicio clínico (Collado & García, 1975, p. 312), debido a que la infraestructura y personal médico se concentraban principalmente en las áreas urbanas. Esta situación se reproducía en regiones serranas como la Otomí-Tepehua.

En este escenario, el papel de la partera tradicional – ya de por sí central en la vida comunitaria- contribuyó a mitigar la escasez de recursos humanos y de infraestructura sanitaria, al ampliar la cobertura de atención y fungir como un puente entre el sector salud y las comunidades. De este modo, también se facilitó la introducción y progresiva penetración del modelo biomédico, al sortear distancias geográficas y reducir barreras culturales, entre ellas el idioma, así como las percepciones locales en torno a la sexualidad y el cuerpo femenino.

En la región Otomí-Tepehua, esta relación asimétrica entre el sector salud y las parteras tradicionales se desarrolló en dos momentos escalonados, caracterizados por un auge y un posterior declive del interés institucional: de 1986 a 1993, como una fase de instrumentalización, y de 1994 al 2024, como fase de estigmatización epistémica. A nivel nacional, el momento inicial de este proceso puede situarse a partir de 1977, con la puesta en marcha del Plan Nacional de Planificación Familiar, y se extiende hasta la implementación de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC). El cuadro 12 busca representar de manera sintética estos momentos de intervención, tanto a escala nacional como local. En el ámbito regional, 1986 se identifica como punto de inflexión, al marcar el arraigo de los programas de control natal en la región.

Figura 12. Fases de una relación asimétrica

	Instrumentalización	Estigmatización epistémica
Nacional	1.- 1977 Plan Nacional de planificación familiar	1994 Implementación de los PTC, priorización del parto hospitalario
Otomí-Tepehua	2.- 1986 Instalación del Hospital de Campo Metepec	

Fuente: Elaboración propia

### 3.1 Intervención en salud en la Sierra Otomí-Tepehua

La intervención del Estado mexicano en el ámbito sanitario se intensificó en la Sierra a partir de la década de los ochenta. La instalación de infraestructura clínica en la Sierra Otomí-Tepehua se remonta a los años 1978-1980, con la instalación de la Clínica-Hospital de Campo en el municipio de Metepec, como parte del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (1979-1982)<sup>52</sup> de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). En sus inicios, la clínica brindaba únicamente atención de consulta externa, familiar y preventiva. No obstante, durante la década siguiente, los servicios se ampliaron al segundo nivel de atención, incorporando hospitalización y especialidades como ginecobotetra, pediatría, cirugía y medicina interna.

Aun cuando se esperaba que el Hospital de Campo brindara servicio a las comunidades rurales de los municipios de la SOT, el avance biomédico enfrentó retos debido a la compleja orografía del territorio. La localización de la infraestructura clínica, situada en el altiplano, dificultó el acceso a los servicios médicos de segundo nivel<sup>53</sup> para la población de la Sierra. Por su parte, las Unidades Médicas Rurales (UMR) atendían exclusivamente la demanda en Atención Primaria de la Salud (APS) en localidades alejadas, por lo general, cargo de médicos pasantes en servicio social.

Diecinueve años después, en 1997, se inauguró el Hospital Regional Otomí-Tepehua, el cual ofrecía un mayor acceso a la población, al ubicarse en la cabecera municipal de San Bartolo

---

<sup>52</sup> En el marco del convenio IMSS y COPLAMAR, en 1979.

<sup>53</sup> Una descripción contemporánea nos ofrece una perspectiva del problema: El municipio de Metepec está en el Altiplano, la partera Manuela tiene su hogar en San Ambrosio del municipio de Huehuetla, para el acompañamiento de una mujer en proceso de parto, tendrían que recorrer una distancia de 144.4 kilómetros, que en términos de la realidad serrana inicia en la comunidad, sube a la Sierra y baja al altiplano, pasando por dos municipios, a través de caminos de terracería en malas condiciones, que en tiempo de lluvia se vuelve riesgoso, lo que equivale a tres horas y media en coche estándar, en transporte público el tiempo se puede duplicar, a esto hay que agregar los costos del transporte. Todo esto considerando las condiciones actuales.

Tutotepec. Posteriormente, en 2009, se puso en marcha el Hospital Comunitario en la cabecera municipal de Huehuetla. En tanto, el Centro de Salud y la Jurisdicción Sanitaria XIII comenzaron a operar en la cabecera municipal de Tenango de Doria a partir del año 2010.

En estos escenarios, el trabajo de los médicos y pasantes de las UMR dependía en gran medida de las parteras, quienes facilitaron su estancia con su hospitalidad, pláticas, comida, y compartencia de los saberes sobre el contexto cultural, la lengua, y los entendimientos locales en torno a los procesos salud/enfermedad/atención. Las propias parteras identifican estas dos décadas como un periodo de intensa actividad, previo a la llegada del Seguro Popular. Durante ese lapso constituyeron una opción necesaria y solidaria para las mujeres en edad reproductiva. No obstante, con el paso del tiempo, las determinantes estructurales y las políticas públicas comenzaron a propiciar su estigmatización y desplazamiento.

A decir de la partera ECJ, hace siete años que no atiende un parto, desde la entrada en operación del Seguro Popular, pues la atención médica dejó de tener un costo para las familias. De las cuatro parteras tradicionales de la cabecera municipal de San Bartolo Tutotepec “ya nada más, yo estoy” dice ECJ. No obstante, la población continúan acudiendo a ella para acomodar al nonato, monitorear el embarazo, *curar el chincual* y el espanto (comunicación personal, 2022).

Así lo atestigua también la partera GGC, de la localidad de Santa Úrsula, municipio de Huehuetla, quien al momento de la entrevista contaba con 83 años de edad y recuerda que, en el periodo de mayor actividad de su vida como sanadora, tuvo que habilitar parte de su casa como espacio para la atención del parto. La cercanía de la Unidad Médica Rural facilitaba el proceso de atención, ya que los médicos le delegaban la atención de partos eutócicos cuando se encontraban ausentes, configurando un binomio de trabajo que funcionó durante varios años (Notas de trabajo de campo, 2023)

Esta modalidad de trabajo no fue una excepción, pues la partera CG, de la localidad de Lindero San Francisco, municipio de San Bartolo Tutotepec, también representó un apoyo significativo para el Centro de Salud durante ese periodo. Incluso aún hoy, médicos y parteras

continúan visitándola y solicitando sus servicios de temazcal, los que brinda de manera esporádica, debido a su avanzada edad (Notas de trabajo de campo, 2023)

El trasfondo de esta interacción estuvo marcado por el interés institucional en el cumplimiento de objetivos de cobertura y de control natal, orientados al descenso de la población, mediante la integración y subordinación de la partería a la hegemonía biomédica. Este vínculo respondió a un uso coyuntural y pragmático, que, una vez cumplida la meta, derivó su relegación (Menéndez E. , 2022).

### **3.2 Políticas sociales y políticas en salud: instrumentalización**

Para comprender, el papel que la partería tradicional ha jugado dentro del sistema de salud, es necesario contextualizarla en el marco de las condiciones económicas y sociales por las que ha transitado el país, contexto en el cual se tomaron decisiones clave en la política sanitaria, particularmente aquellas sobre el control natal. Dichas decisiones se inscribieron en una mecánica de orden global, orientado por organismos internacionales como la ONU, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Galante, 2019; Laurell,1986).

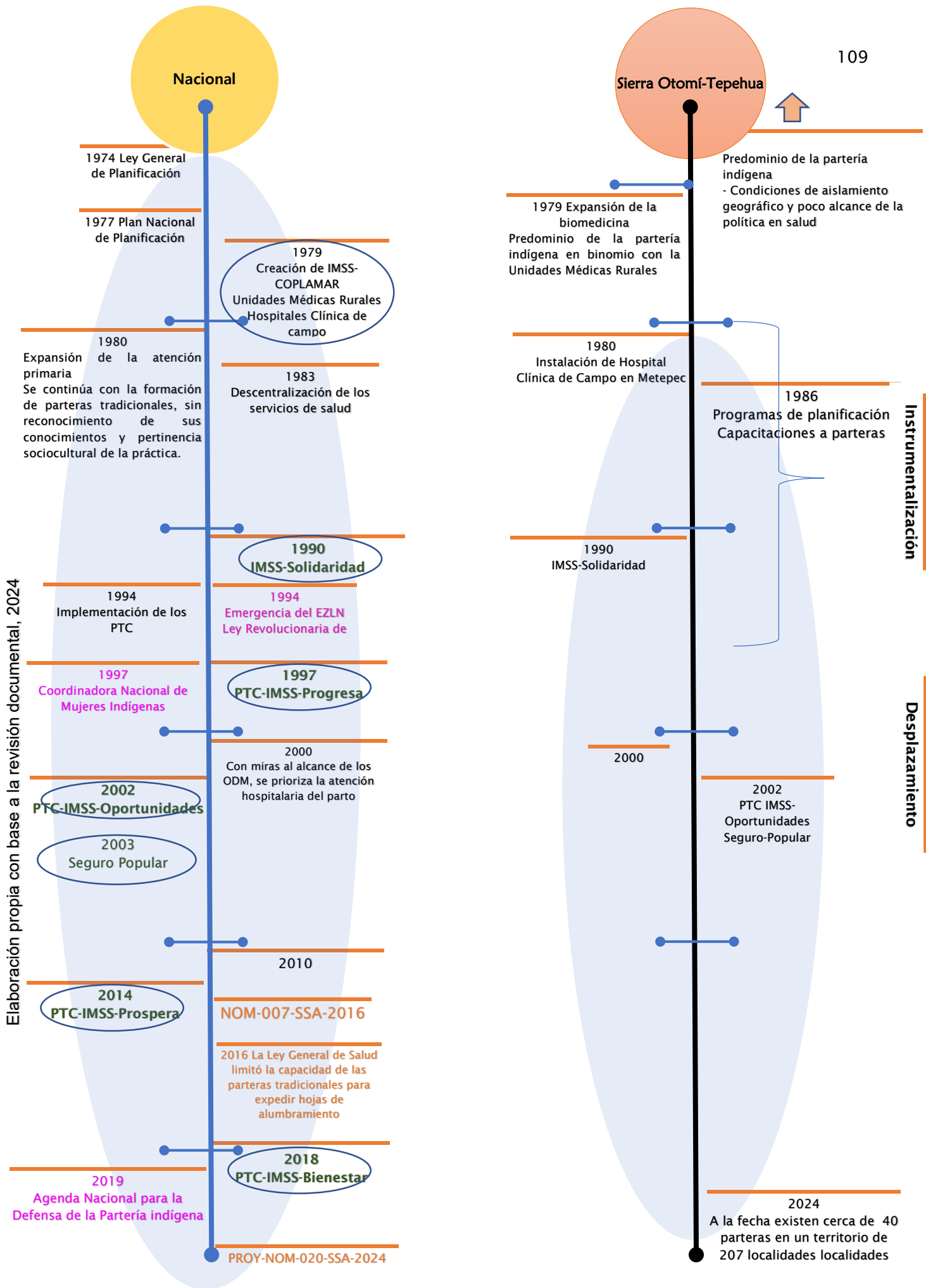
En el proceso de vinculación entre parteras tradicionales y sector salud a nivel nacional se distingue en dos fases, marcadas de quiebres y continuidades. La primera, correspondiente al periodo 1977-1993, se caracterizó por la instrumentalización de la partería tradicional, en el marco del auge de las políticas de planificación familiar. Hacia el final de este período, comenzó a configurarse un cambio de paradigma de paradigma en el ámbito de la salud reproductiva.

Sí bien históricamente las parteras tradicionales han desempeñado un papel fundamental en la supervivencia de sus pueblos, fue durante este período cuando sus prácticas y conocimiento fueron instrumentalizados. Su cooptación garantizó el acceso institucional a las comunidades, tanto en términos territoriales como lingüísticos, en la medida en que sus saberes eran socialmente valorados y ellas mismas reconocidas por la comunidad. Asimismo, su capacidad de gestión y su labor de acompañamiento en los procesos de

salud/enfermedad/atención frente a los servicios médicos contribuyeron a generar confianza y seguridad a las mujeres en los espacios clínicos.

En la segunda fase, correspondiente al periodo 1994-2024 ha predominado un proceso de estigmatización epistémica, matizada en el trasfondo de los discursos públicos. Al inicio de este período comenzaron a implementarse los Programas de Transferencia Condicionada (PTC), sugeridas por el Banco Mundial, en el marco de un viraje hacia un enfoque en las agendas internacionales en salud materna-infantil, el cual promovía la partería profesional, que en el país se equiparó a personal cualificado biomédico, como eje estratégico para la reducción de riesgos de Muerte Materna (MM). De manera paralela, el gobierno mexicano adoptó un discurso de inclusión intercultural, como una respuesta parcial a las demandas reivindicativas de los colectivos indígenas y de la sociedad civil. Ambos procesos se desarrollan con mayor detalle en los siguientes apartados.

Figura 13. La partería en escala



### **3.2.1 COPLAMAR. Integración de recursos comunitarios.**

La instrumentalización de los recursos humanos de la medicina tradicional fue una estrategia ya probada por la política indigenista durante las décadas de 1950 y 1960, implementada a través de los Centros Coordinadores Indigenista (INI). En este marco, las parteras y curanderos fueron capacitados para actuar como auxiliares sanitarios en tareas de salubridad y avance de aculturación biomédica en regiones indígenas (Rivero, 2016).<sup>54</sup>

Al respecto, vale recordar que, en la década de 1970, una serie de factores internos y externos obligaron al gobierno mexicano a adoptar un enfoque en la política de población, transitando de una perspectiva pro natalista, que respondía a la Ley General de Población de 1947 (Urbina & Vernon, 1985; Freyermuth, 2018) hacia una de control demográfico, derivada de la Ley General de planificación de 1974. Esta última sentó las bases para la formulación del primer Plan Nacional de Planificación Familiar en 1977, (Pérez & et al., 2010, p. 210), operado por el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco de las reformas al artículo 4º constitucional, en el que se reconoce el derecho de las mujeres a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de hijos. (Urbina & Vernon, 1985; López, 1990; Martínez, 2020).

Los factores internos pueden resumirse en el crecimiento demográfico sostenido del país desde la posrevolución hasta la década de los setenta (1940-50), particularmente entre 1940 y 1970, la disminución de la mortalidad (Freyermuth, 2018) y el inicio de un proceso de industrialización, el cual contribuyó al avance de la migración campo-ciudad. Estos fenómenos generaron una creciente demanda de empleos, servicios sanitarios, educativos, seguridad social

---

<sup>54</sup> Graciela Freyermuth registra, que la acción pionera focalizada tuvo lugar en la Comarca Lagunera mediante el “Programa de Adiestramiento y Control de Parteras Empíricas” en 1937. Sin embargo, en dicha iniciativa no se registraron a mujeres indígenas, ya que debían cumplir con ciertos requisitos, como saber leer y escribir (2024).

y vivienda, en un contexto de pobreza generalizada, al borde de la tensión social, dentro una estructura inadecuada de redistribución de la riqueza e inequidad social estratificada.

La formulación de la una política sanitaria y de control demográfico se realizó en observancia de esta realidad nacional, con base en las orientaciones y recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo Monetario Internacional, y el Banco Mundial. Estas instancias condicionaron el otorgamiento de los apoyos crediticios a los países en desarrollo a cambio de su alineación a la agenda global ( Tello, 2019; Tamez S., Camacho I, & et al.).

La decisión del Estado mexicano de adherirse a los procesos globales del capitalismo tuvo una dimensión tanto económica como ideológica. Dichos procesos contribuyeron a la consolidación de una noción social de los procesos salud-enfermedad-atención, inscrita en el paradigma de la medicina hegemónica (López, 1990; Mora, 1999; Tello, 2019). En este marco, el Estado mexicano implementó una política de atención a la salud articulada a programas de planificación familiar, que incorporaron componentes de financiamiento, ampliación de cobertura, modelos de atención, infraestructura y organización de los servicios de salud, puestos en marcha a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el ámbito externo, desde una interpretación de corte *malthusino*, la sobrepoblación en los países pobres fue presentaba como una amenaza para los recursos mundiales y la estabilidad social. De manera paralela, los estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)<sup>55</sup> y en el ámbito nacional, los análisis demográficos realizados por el Colegio de México en ese periodo, identificaron una interrelación entre las variables demográficas y el desarrollo económico.

---

<sup>55</sup> La CEPAL es una de las 5 comisiones regionales de Naciones Unidas para el desarrollo económico de América Latina y el Caribe

Esta perspectiva permeó las discusiones que dieron origen a los documentos emanados de la Tercera Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest, Rumania<sup>56</sup> en 1974. En dicho encuentro se aprobó el Plan de Acción Mundial sobre Población, el cual delineó las políticas demográficas dirigidas a los países en desarrollo, con el objetivo de reducir las tasas de natalidad (CEPAL, 1974, p. 11).

Los puntos que convergieron en este Plan de Acción Mundial de Población fueron abordados en cuatro eventos internacionales previos, celebrados en: 1) El Cairo, Simposio sobre Población y Desarrollo (1973); 2) Honolulu, Simposio sobre la población y la familia (1973); 3) Estocolmo. Población, recursos y medio ambiente (1976); y en 4) Ámsterdam, Simposio sobre Población y los Derechos Humanos.

En estos espacios se debatieron las implicaciones éticas, económicas, sociales y en materia de derechos humanos, relacionados a los riesgos de adoptar medidas coercitivas como respuesta a la sobrepoblación, especialmente en países caracterizados por una alta diversidad cultural. Los principales consensos derivados de estos debates se consolidaron en el Plan de Acción, en el cual se señaló:

c) Que todas las políticas y programas de población dependan de las condiciones de cada país y competan a la soberanía con absoluto respeto a los derechos humanos y a las declaraciones de las Naciones Unidas al respecto (Mora, 1999, p. 77).

No obstante, en la Resolución XVII, sobre la familia y el desarrollo, inciso b, del punto 1, se puede leer:

Es necesario: b) Reafirmar la necesidad de promover a escala mundial un nuevo orden económico, conforme a las decisiones finales adoptadas en el sexto período

---

<sup>56</sup> La Conferencia Mundial de población se llevó a cabo en Rumania, Bucarest del 19 al 30 de agosto, por lo que precede a la publicación de la Ley de Población de México.

extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y que se: l) Elimine las trabas y los obstáculos que se oponen al desarrollo en el contexto de las relaciones comerciales y financieras, o al desarrollo industrial del tercer mundo (Mora, 1999, p. 78)

En el debate sobre los riesgos de adoptar medidas extremas en materia poblacional, se delineó la diferencia entre control demográfico y planificación familiar. Miguel Mora Bravo (1969) precisó esta distinción, al señalar que, si bien ambos conceptos se vinculan con la reducción de las tasas de natalidad, el control demográfico se asocia a estrategias de carácter coercitivo, impuestas desde el Estado o instancias supranacionales, mientras que la planificación familiar a un enfoque de decisión libre, informada y voluntaria de las mujeres.

...control natal significaba la intervención coercitiva del Estado para incrementar o disminuir el índice demográfico, en tanto que el concepto de planeación familiar implicaba una actitud meramente indicativa, facilitadora de que, con absoluto respeto a la dignidad del ser humano, las parejas puedan decidir con libertad sobre su descendencia (Mora, 1999, p. 98)

El Estado mexicano construyó un discurso y una política alineados con los acuerdos emanados de la Conferencia de Bucarest de 1974; no obstante, en la instrumentación de las estrategias adoptadas, los límites entre planificación familiar y control demográfico tendieron a diluirse. El segundo quinquenio de la década de 1970 estuvo marcado por intensas campañas de planificación familiar, difundidas a través de medios masivos de comunicación disponibles en ese momento y que quedaron en la memoria colectiva. Lemas como *Menos hijos para darles más* y *Vámonos haciendo menos* promovieron la autonomía de las parejas y, de manera específico de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas, en el marco del artículo 4º. Constitucional.

Sin embargo, en las regiones indígenas el proceso siguió una trayectoria distinta. En los contextos rurales, se adoptaron decisiones unilaterales que implicaron trasgresiones a la

voluntad y el cuerpo de las mujeres. En ese sentido, se puede hablar de una estrategia de control demográfico dirigida a mujeres indígenas y rurales, racializadas y en condiciones de pobreza y pobreza extrema, ejecutada mediante mecanismos de coerción en los espacios clínicos. Estas prácticas pueden interpretarse como expresiones de la biopolítica de Estado, del micropoder y del autoritarismo inscrito en el *habitus* médico.

Las instancias comprometidas fueron las del Sistema Nacional de Salud, orientadas a ampliar la cobertura de atención a la población sin seguridad social. En este marco, en 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), concebida como un sistema de enlace interinstitucional para la atención de pueblos rurales e indígenas con alto niveles de pobreza, ruralidad y dispersión geográfica, categorizados como áreas prioritarias (Barajas, 2002)<sup>57</sup>.

Dos años más tarde, en 1979, COPLAMAR y el IMSS se articularon en el programa sectorial IMSS-COPLAMAR, con el propósito de ampliar la cobertura sanitaria en las zonas del país con mayores niveles de marginación (Sánchez & et al., 2021).

Cristina Laurell analizó la interrelación entre el presupuesto y el gasto público en salud e identificó que, durante los años 1976 a 1978, se implementó un criterio de selectividad en la expansión de la cobertura sanitaria, priorizando el sector terciario de servicio y reduciendo el apoyo al sector agrícola y al sector salud. Esta brecha fue cubierta estratégicamente por el Programa Comunitario Rural del SSA y por el IMSS-COPLAMAR, diseñados para brindar atención a grupos poblacionales con un mínimo de presupuesto. En estos programas se incorporaron recursos humanos locales, quienes fueron capacitados como promotores de salud mediante entrenamiento de dos meses (1980).

---

<sup>57</sup> Entre ellos el IMSS, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)<sup>57</sup> y el Instituto Nacional Indigenistas que hasta ese momento había sido la ventanilla única de atención a pueblos indígenas. Además de la Comisión Nacional de Zonas Áridas, Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital, La Forestal FCI, Fondo Candillero, Productores Forestales de la Tarahumara, Patronato del Maguey, Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías, Compañía Forestal de la Lacandona y Fideicomiso de Desastres

En otro escala y espacio, en el contexto internacional, la OMS destacaba el potencial de las parteras tradicionales, y planteaba como inminente su adiestramiento para que operaran como apoyo a las estrategias de control natal en zonas rurales (Galante, 2019). Esta orientación respondía a una lógica pragmática, en tanto las parteras representaban un recurso humano comunitario socialmente legitimado para la difusión de información y mediación sanitaria dirigida a la población femenina rural e indígena, contribuyendo así a la ampliación de la cobertura de la Atención Primaria de la Salud (APS).

En esta lógica, el Plan Nacional de Planificación Familiar (1977) incorporó a las parteras tradicionales a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) “bajo el control y vigilancia de la autoridad sanitaria” de los Centros de Salud, condicionando su ejercicio al adiestramiento biomédico, tal como se estipuló en el *Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados* (en masculino), bajo el entendido de:

Que, en pequeños poblados, generalmente alejados de centros de población de mayor importancia en los cuales existen ya establecimientos de salud, tradicionalmente han operado parteros empíricos cuyos servicios han suplido en muchas ocasiones la carencia de profesionales y de especialistas en estos lugares;

Que se ha considerado conveniente promover la capacitación de esos parteros empíricos y convertirlos en auxiliares para la salud en obstetricia; así como autorizarlos para el ejercicio de sus actividades con el doble propósito de que los servicios que presten se ajusten a normas técnicas proporcionando así una mejor atención obstétrica y que su actuación pueda controlarse efectivamente tanto en su número como en las actividades que realicen (DOF, 1977, p. 55).

Las capacitaciones tenían como objetivo “incrementar los conocimientos de las comadronas” con el fin de que pudieran identificar cuándo era necesario remitir a las mujeres y niños al puesto de salud más cercano. Asimismo, debía coadyuvar en la promoción de medidas

de higiene entre la población y facilitar las campañas de vacunación. En este marco, el INI y COPLAMAR articularon acciones para ampliar la cobertura sanitaria en regiones habitadas por pueblos indígenas (Parra A., 1991, p. 72). (James C., 2000). Fue así como, durante esta década, se instaló un gran número de clínicas rurales en zonas marginadas, bajo un enfoque asistencialista.

En esta primera década de operación de políticas de población, la recepción en las zonas indígenas rurales fue de resistencia, en tanto de medidas impuestas. En este sentido, estas acciones operaron como una estrategia de control de las tasas de natalidad de la población rural e indígena, dictada desde una posición de poder hegemónico, ajena a los significados ontológicos de la fecundidad, el cuerpo y los procesos salud/enfermedad/atención.

Recuperando la información del apartado anterior, pero centrado el análisis en la dinámica presupuestal, se observa que entre 1970 y 1980 el gobierno mexicano adoptó una política de expansión del gasto público, financiada mediante endeudamiento externo, y la emisión de papel moneda, sustentada en el auge petrolero de 1976. No obstante, una gestión administrativa ineficiente y opaca contribuyó a un déficit en el presupuesto público y en el incremento de la deuda, situación que se agravó con la caída de los precios del hidrocarburo a mediados de la década de 1980. Estas circunstancias gestaron las condiciones para la devaluación de 1982 y el inicio de una crisis económica prolongada (Lara & Gómez, 1997).

La elevada tasa de inflación desdibujó los incrementos nominales destinados al bienestar social y al sector salud, de tal manera que a partir de 1982 los niveles de gasto en estos rubros disminuyeron (Parra A., 1991, p. 71). Aunado a ello, en la distribución del presupuesto entre 1980-1995 se mantuvieron las brechas existentes en las transferencias del gasto público en salud dirigidas a la población abierta.<sup>58</sup> Entre las implicaciones de este proceso se encuentra la

---

<sup>58</sup> Los estados se agruparon con base en las cinco regiones definidas por la ENSAII: 2 Norte, Centro, Sureste y Golfo, Distrito Federal y PASSPA.\*

descentralización del sector salud y la transferencia de responsabilidades a las entidades federativas, lo que afectó de manera a los estados del sur del país, ya que, hasta ese momento, los que recibían mayor beneficio eran el norte y centro del país (Gamboa, 2003).

### **3.2.2 *Neoliberalismo y descentralización.***

Hacia el primer quinquenio de la década de 1980, en un contexto de aguda crisis económica y política, el país transitó de un modelo de Estado de bienestar hacia un modelo económico de libre mercado, sustentado en ajustes estructurales recomendados por el Banco Mundial, los cuales implicaron el adelgazamiento del Estado y el recorte del gasto público. Bajo esta lógica, se redefinió la intervención gubernamental, con impactos directos en la política social, al desplazar progresivamente la responsabilidad de la provisión de servicios hacia los grupos sociales.

Este reordenamiento se tradujo en un conjunto de acciones, entre las que destacan: a) la descentralización de los servicios de salud, b) la disminución del gasto público en este sector, y c) la promoción del sector privado en el ámbito de la salud (Menéndez E., 2005).

En términos generales, se observó una tendencia al desmantelamiento del Estado. En 1983, se modificó nuevamente el artículo 4º constitucional, lo que dio pie a la reforma de la Ley General de Salud, en la cual se incorporó de manera explícita la planificación familiar, que sustituyó la Ley General de Planificación Familiar de 1977.

Entre los cambios más relevantes se incluyó la transferencia de las responsabilidades operativas a los gobiernos estatales, lo que condujo al establecimiento de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Con esta medida, los estados asumieron una parte de la responsabilidad presupuestal, mediante un esquema de convergencia financiera entre la federación y las cuotas de recuperación aportadas por la población, con el objetivo de ampliar la cobertura hacia la población rural.

Como parte de la reestructuración y los ajustes institucionales, el IMSS-COPLAMAR dejó de funcionar como programa transversal; no obstante, se conservó su denominación y asumió la

administración general del programa sectorial, con lo cual se buscó expandir la atención médica en las localidades rurales del país, a través del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. (Morán & Flores, 1989; Barajas, 2002, p. 565).

Los resultados derivados de la descentralización sectorial mostraron un aumento en la cobertura de atención como indicador cuantitativo. Sin embargo, al focalizar el análisis en el ámbito local, se hizo evidente la afectación en términos de eficiencia, equidad, distribución y accesibilidad de los servicios, derivada de la alta dependencia de los estados respecto del presupuesto federal. Este proceso impactó significativamente los servicios de salud en las zonas rurales, ya que se implementó en un contexto de prolongada crisis económica.

De esta manera, los costos en términos de la calidad del servicio fueron asumidos por las comunidades, amparados en el discurso de la participación social y la corresponsabilidad. En el caso las parteras indígenas, este proceso se sostuvo a costa de su tiempo, trabajo y vida familiar. Así lo ejemplifica el testimonio de la partera ECJ, habitante de la localidad San Mateo, perteneciente al municipio de San Bartolo Tutotepec.

Hacia 1986, la Sra. Estela asistió a su primera capacitación como partera, el mismo que duro varios días, asistieron 40 mujeres y hombres entre sujetos de la medicina tradicional y auxiliar de salud, después de tres semanas de ausencia de su localidad, a su regreso sus hijos estaban sucios e infestados de piojos, el trabajo de la casa ya acumulado la aguardaba intacto (ECJ, comunicación personal, 2024).

Para el cumplimiento de los objetivos de extensión cobertura, desde el SNS se diseñaron dos ejes de intervención para la Atención Primaria en Salud (APS). El primero se orientó a la atención clínica, mientras que el segundo se centró en la acción comunitaria, mediante acciones operativas de promoción y prevención.

Esta estrategia comenzaba en cada localidad con un diagnóstico y un plan de acción – idealmente aprobado en asamblea- que contemplaba la incorporación de recursos humanos

locales como voluntarios. Ente ellos, curanderos, sobadores, parteras o, en su defecto, vecinos de la comunidad, quienes fueron considerados como promotores y auxiliares de salud. Estos sanadores estaban condicionados a asistir a capacitaciones periódicas para garantizar el cumplimiento de las metas institucionales (Morán & Flores, 1989; Sánchez & et al., 2021).

Para fundamentar esta perspectiva, se realizaron investigaciones de corte cuantitativo, como lo demuestra el diagnóstico general efectuado entre 1983-1985 por el IMSS-COPLAMAR, en el marco del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA). Dicho diagnóstico tuvo como propósito identificar padecimientos de mayor incidencia entre la población rural, revelando una elevada morbimortalidad asociada a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El diagnóstico identificó como causa principal la “atención deficiente e inoportuna del embarazo, parto y puerperio” brindada por parteras tradicionales, y como propuesta de solución la “identificación y capacitación de parteras empíricas sobre la adecuada atención obstétrica” (Morán & Flores, 1989). Sin embargo, la interpretación del texto resulta contradictoria, pues al mismo tiempo se reconoce que “ lo relevante de su participación, lo constituye el hecho de que las parteras empíricas están detectando y refiriendo oportunamente a las Unidades Médicas Rurales los embarazos de alto riesgo, colaborando en muchos casos en la propia atención del parto” (p. 282). En esta línea, el IMSS-COPLAMAR y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) formalizaron un proyecto nacional para incorporar a las parteras tradicionales al sistema institucionalizado de atención materno-infantil,<sup>59</sup> previa y reiterada capacitación.

En lo concerniente a la gestión de acciones de planificación familiar, se incorporó el enfoque de riesgo<sup>60</sup> para la atención de la salud reproductiva mediante el control prenatal y

---

<sup>59</sup> De manera paralela, IMSS COPLAMAR instrumentó el Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional en la mayoría de los estados de la república, a partir del cual se realizó el primer Congreso Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales en Oaxtepec, en coordinación con el Instituto Nacional Indigenista en 1989 (Campos, Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización, 1996).

<sup>60</sup> “El enfoque de riesgo es una herramienta para la atención de personas, familias y comunidades, basado en el concepto de riesgo. No todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir; por el contrario, esta probabilidad es más alta en algunos individuos (...) El riesgo es un indicador de necesidad

programas de anticoncepción posparto, transcesárea (durante), poscesárea y posaborto (Bautista & López Arellano, 2017). En síntesis, estos programas consistían en aplicar métodos anticonceptivos antes de que las usuarias abandonaran la unidad médica. En el ámbito local, la mayoría de estas prácticas se llevaron a cabo bajo coerción o sin información previa a las usuarias sobre los procedimientos a los que eran sometidas. Estas acciones desarrolladas en contextos rurales, fueron impulsadas por la presión institucional de alcanzar metas estadísticas de cobertura.

Los procesos de implementación de la política de control demográfico en las regiones indígenas del país fueron heterogéneos. En el caso de Hidalgo, comenzaron de manera tardía en la Sierra, en comparación con el Valle del Mezquital y el resto del territorio nacional. El siguiente testimonio nos acerca a la complejidad de lo cotidiano, reflejando las distintas dinámicas en el contexto local.

ECJ y ASAM,<sup>61</sup> de 85 y 86 años respectivamente, junto con otras parteras, asistieron a las primeras capacitaciones de la Región Otomí-Tepehua organizadas por el IMSS-COPLAMAR alrededor de 1986. La primera de ellas nos ofrece una ventana de tiempo sobre cómo estos programas se concretaron en la Sierra.

La Sra. Estela recuerda su vida de recién casada en San Mateo (localidad de San Bartolo Tutotepec), de dónde es originaria, a inicios de la década de 1970. Narra la precariedad de la vida en aquel entonces: sin carreteras, sin luz, y sin servicios básicos. En este panorama, la frecuencia de la muerte materna era elevada. Ella recuerda: “Primero llegó la clínica que la luz”. “Así le tocó” decían cuando una

---

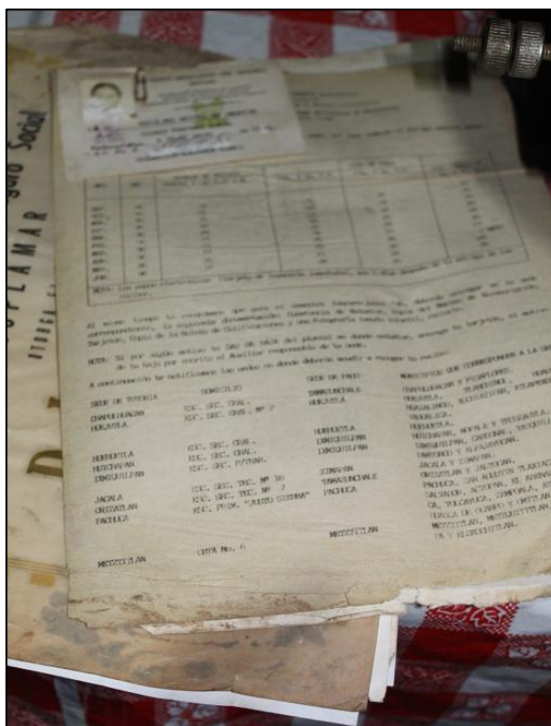
que identifica a los individuos y poblaciones más vulnerables. Esta vulnerabilidad se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales o económicas y la interacción entre ellas. Estas características se conocen como factores de riesgo” (...)

<sup>61</sup> Estela y Aquilina. Parteras de más de 80 años, pertenecen a la primera generación de parteras convocadas por COPLAMAR.

mujer fallecía, “a ningún niño, ni a ninguna mujer le tendría que tocar” decía de manera contundente (comunicación personal, 2023)

Muchas veces tuvo que alumbrar los trabajos de parto con una lámpara de petróleo o acompañar al médico de turno, quien visitaba la comunidad una vez al mes, para que las mujeres accedieran a ser auscultadas. Como en otras narraciones de parteras de la región, el primer parto que atendió fue el suyo propio, después de su cuarto hijo se atrevió a atender a otras mujeres. El conocimiento de las plantas medicinales fue legado de su madre. A este oficio dedicó cuarenta años de vida (ECJ, comunicación personal, 2024).

**Figura 14.** *Registros del tiempo*



Documentos de acreditación de la partera Alquilina de la localidad San Andrés, San Bartolo Tutotepec. Fotografía original de la autora, 2024.

### **3.2.3 Liberalización económica.**

El periodo de la administración salinista (1988-1994) fue paradigmático en más de un sentido, en tanto se consolidaron las bases de la liberalización económica mediante la privatización de las instituciones públicas y la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC). En este

contexto, la descentralización del sector salud fue cancelada, al no haber ofrecido los resultados esperados, y fue sustituida por programas focales dirigidos a los sectores de mayor pobreza (Tamez S., Camacho I, & et al).

La política social se centró en el combate a la marginación y la pobreza mediante el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), el cual priorizó a los grupos vulnerables. Durante ese lapso de tiempo, la cobertura en salud se expandió de manera escalonada en el medio rural. Entre 1988-1994, la inversión destinada al PRONASOL pasó de 0,32% del PIB en 1989 a 0,73% en 1993. Sin embargo, dentro del presupuesto gubernamental global, el rubro de salud representó apenas el 2,5% del PBI en ese último año (Lara & Gómez, 1997).

Para la instrumentalización de los programas y acciones de los servicios de salud, se retomaron las bases operativas del COPLAMAR, centralizando el presupuesto, el cual era administrado de manera discrecional desde la federación, como estrategia de estabilidad política y de validación de la credibilidad gubernamental (Barajas, 2002; Tamez S, & et al., s/f). Estos recursos solo eran accesibles a través de los Comités de Solidaridad,<sup>62</sup> lo que facilitó la reconcentración de las 14 entidades previamente descentralizadas durante el sexenio anterior.

A raíz de la conferencia internacional *Por una Maternidad sin Riesgos* realizada en Nairobi en 1987 y promovida a instancias de la ONU-UNFPA, en México se lanzó la Iniciativa del mismo nombre en 1993. Hasta ese momento, la muerte materna y las determinantes sociales interrelacionadas constituían problemáticas invisibles y escasamente investigadas. La estrategia adoptada para avanzar en ese sentido fue la conformación del Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, sustentado en el enfoque de riesgo durante el embarazo, con énfasis en el control prenatal y el seguimiento de la gestación, con el objetivo de reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000 (Freyermuth E. M., s/f, p. 10).

---

<sup>62</sup> “Los Comités de Solidaridad fueron instancias conformadas por la comunidad. Su tarea consistía en representar a las comunidades demandantes de servicios ante las autoridades responsables del programa para la realización de las obras de Solidaridad” (Chávez & Rodríguez, s/f)

### **3.2.4 Emergencia de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC).**

De 1994 al 2000, durante el gobierno de Ernesto Zedillo, México enfrentó una fractura económica conocida como “el efecto tequila”, recordada por la histórica devaluación de la moneda. A ello se sumó la emergencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). En el plano de la política social, durante este sexenio se inauguró una nueva modalidad de intervención estratégica en el marco del Plan de Combate a la Pobreza vigente del 1994 a 2000 mediante la implementación de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC), sugeridos por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo como estrategia económica para los países pobres (Hernández P., 2014).

Esta política se concretó en el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), puesto en marcha en 1997. Su propósito fue focalizar la atención en los grupos vulnerables, es decir, familias en situación de marginación y pobreza, mediante un sistema de transferencia monetaria diseñado para asegurar condiciones mínimas de reproducción del capital humano. Este beneficio estaba condicionando al cumplimiento de tareas en los ámbitos de áreas de salud, educación y la participación comunitaria por parte de la familia, en específico de las jefas de familia. Cabe destacar dos particularidades del programa que prevalecieron en los siguientes sexenios: la feminización de la corresponsabilidad Estado-familia y el apoyo condicionado a la asistencia de los menores a la escuela y de las mujeres a los centros de salud (Galoviche & Jotayan, 2014).

En el PROGRESA, la categoría de grupos vulnerables incluyó prioritariamente a niños menores de cinco años, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, población indígena y personas con discapacidad. Al respecto, surgieron cuestionamientos sobre el carácter condicionante de los recursos económicos en el caso de las mujeres embarazadas, ya que en la práctica la obligatoriedad se contraponía a los derechos reproductivos y, a largo plazo, perpetuó la desigualdad de género en el ámbito del cuidado (Valencia & Barba, 2011, p. 204)

En el panorama internacional, se llevó a cabo la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo en 1994, en la que se abordó y posicionó de manera central el derecho de las mujeres a la salud reproductiva a lo largo de todo el ciclo de vida. Asimismo se problematizó la muerte materna como un fenómeno prevalente en los países empobrecidos, estableciéndola como un indicador clave para medir las desigualdades sociales y los niveles de desarrollo. Este encuentro constituyó un espacio plural, que contó con la participación activa de grupos feministas.

Con ello, se buscó superar el enfoque reduccionista de las políticas de control demográfico, previamente asociado al desarrollo económico, para ampliar la reflexión hacia las condiciones estructurales de desigualdad, los patrones de producción y consumo, y su relación con el medio ambiente (Espinosa & Paz, 2004). En el marco de la CIPD se sentaron las bases conceptuales y programáticas de lo que más tarde serían los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) promovidos por la ONU, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el UNFPA, con incidencia en América Latina.

Como efecto de estos procesos, en México se implementó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de 1995-2000, integrado al Plan Nacional de Desarrollo correspondiente a ese sexenio. Dicho programa incorporó estrategias y discursos sustentados en el enfoque de derechos, en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva (Berrio, 2013, p.9; Espinosa & Paz, 2004), al tiempo que se reconoció la elevada incidencia de la mortalidad materna y neonatal en el país, particularmente en los estados del Sur.

En el plano nacional, la emergencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) marcó un parteaguas en la historia reciente del país, al colocar la cuestión étnica en el centro del debate político, académico y social. Este acontecimiento obligó al Estado a replantear los enfoques de las políticas públicas. En esta coyuntura salió a la luz la Ley Revolucionaria de las Mujeres Zapatista, documento que sintetizó, desde una perspectiva propia, el panorama de vulneración sistemática de los derechos reproductivos prevalente entre las mujeres indígenas.

Hacia finales de la década de 1980 y a lo largo de la década de 1990, la interculturalidad comenzó a adquirir relevancia como categoría analítica en el campo de la investigación social y el análisis geopolítico en Europa. Entre los eventos destaca la balcanización en Europa del Este, el incremento de los flujos migratorios por motivos bélicos y económicos, así como la caída del Muro de Berlín en 1989. En México, la cuestión étnica adquirió centralidad a partir de la emergencia del EZLN en 1994, y con ello la convergencia de los movimientos indígenas, lo que marcó el agotamiento del indigenismo tradicional como orientación política de Estado.

Para el año 2000, se concretaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), enunciados en la Cumbre de Desarrollo del Milenio celebrada ese mismo año. Estos objetivos abarcaron los ejes de pobreza, educación, salud y sostenibilidad ambiental, con metas proyectada hacia el año 2015. Se establecieron ocho objetivos globales con metas específicas, entre los cuales el Objetivo 5 se orientó a la mejora de la salud materna (MM), y el sub punto 5.A planteó la reducción de la MM, mientras que el 5.B estableció el acceso universal a la salud reproductiva.

Para el año 2004, la OMS declaró que los programas de capacitación dirigidos a parteras tradicionales habían sido insuficientes como estrategia complementaria para la reducción de la mortalidad materna, al tiempo que calificó las prácticas tradicionales como de alto riesgo (Galante, 2019). Como consecuencia, a través del UNFPA, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se redefinieron las categorías de personal cualificado para la atención del parto, excluyendo a las parteras tradicionales (Lo que se abordó en el capítulo 1, apartado 1.4.2.1 Partería profesional)

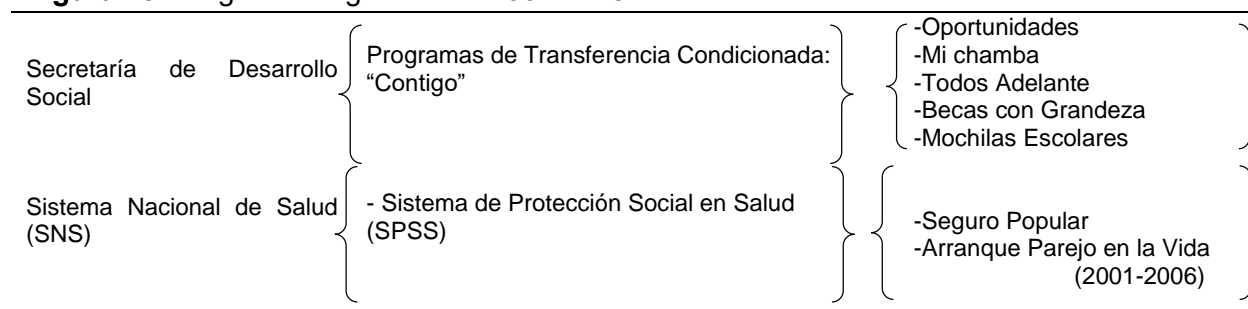
De manera paralela, se recomendaron acciones orientadas al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5), cuya meta era reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 2000 y 2015, así como incrementar la proporción de partos clínicos atendidos por profesionales de salud considerados como cualificados.

Por lo tanto, los presupuestos gubernamentales y los financiamientos internacionales fueron reorientados hacia la promoción de la partería profesional y del personal biomédico cualificado. Asimismo, se impulsó la capacitación de las parteras tradicionales como personal de apoyo, enfocada en la detección y el monitoreo de riesgos durante el embarazo, pero al margen de los servicios de salud (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014). Si bien este prejuicio epistemológico hacia la práctica de la partería tradicional ha sido una constante histórica, en ese momento se consolidó el argumento idóneo para restringir y deslegitimar su intervención directa en la atención del parto.

### **3.2.5 Alternancia y continuidad.**

En el plano político, la administración de Vicente Fox marcó el inicio de la alternancia y la transición política hacia un gobierno de derecha, reafirmando la orientación neoliberal del Estado mexicano. En el ámbito de desarrollo social, se implementó el programa “Contigo” (2001-2012), cuyo propósito fue reducir la pobreza e incidir en la desigualdad mediante la participación comunitaria (SEDESOL, 2001, p. 19), a través de Programas de Transferencia Condicionada dirigidos a distintos sectores de la población en situación de pobreza.

Uno de los componentes más debatidos fue el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, bajo el entendido que “... el desarrollo comunitario es consecuencia del fortalecimiento de las capacidades de los individuos y las familias. Por ello, se apoya a la familia, y no a la comunidad” (Barajas, 2002, p. 574). Si bien el programa se centró en la familia, en la práctica las madres asumieron –dobles, incluso triples- jornadas de trabajo, al responsabilizarse de garantizar la permanencia de sus hijos e hijas en los niveles de primaria y secundaria, así como la asistencia obligatorio a las unidades médicas, tanto la propia como la familiar.

**Figura 15.** Programas vigentes del 2001 al 2012

Fuente: Elaboración propia

De manera paralela, el Sistema Nacional de Salud, instaló el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con el objetivo de ampliar la cobertura para la población no asegurada a través de los programas Seguro Popular y Arranque Parejo en la Vida (APV). Este sistema buscó incidir en la reducción de las desigualdades y en la mejora en del acceso a los servicios sanitarios mediante un esquema de aseguramiento público, dirigido a la población no derechohabiente. Para avanzar en este propósito, se promovieron reformas a la Ley General de Salud en 2003, que sentaron las bases normativas del nuevo modelo de protección social en salud.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) operó de 2001 a 2006 como parte del Programa Nacional de Salud y de 2007a 2012 como Programa de Acción Específico en la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud, consolidándose como una estrategia de atención a la salud materna y neonatal.

Este programa implementó paquetes de acción orientados a la vigilancia epidemiológica, mediante, la identificación de determinantes de riesgo y el fortalecimiento de estrategias de vinculación entre los servicios de salud y los recursos comunitarios –autoridades, parteras, auxiliares- con el objetivo de referir a las mujeres embarazadas a los servicios de salud del primer y segundo nivel.

En el estado de Hidalgo, a partir de este momento la vigilancia disciplinaria hacia las parteras por parte de las unidades médicas del sector salud se endureció con la obligatoriedad de presentar registros, recibir capacitación y trabajar bajo seguimiento a cargo de las

Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales regionales, Unidades Médicas Rurales, Centros y Casa de Salud, en sus dos instancias SSH e IMSS (Progresas, Oportunidades, Prospera, etc.). Por su parte, los municipios colaboraron con ambulancias y el pago de choferes, con el apoyo de la Secretaría de Seguridad Pública, para facilitar las referencias de emergencia a los servicios de salud de segundo nivel (Sámano & Romero, 2010).

Con la operación de Arranque Parejo en la Vida se restringió aún más la labor de las parteras tradicionales al limitar su intervención al ámbito de la detección y referencias de riesgos. Esta tendencia se vio reforzada posteriormente con la reforma a la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOC 17-07-2018), la cual estableció que únicamente los profesionales médicos podían emitir el certificado de nacimiento.

ARTICULO 90 Bis 1.- El certificado de nacimiento será expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional, una vez comprobado el hecho, en forma gratuita y obligatoria.

El certificado de nacimiento podrá ser expedido por un médico con cédula profesional o por la persona autorizada para ello por los gobiernos de las entidades federativas. -Artículo que se adiciona al DOF 24-01-2014- (DOF 17-07-2018)

A la par, con la adhesión de México a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2002, se ratificó el rumbo de las políticas públicas, particularmente en lo relativo al objetivo 5, orientado a la mejora de la salud materna. En este marco, en 2004 se implementó el Sistema de Protección Social en Salud<sup>63</sup>, el ya referido, Seguro Popular, vigente hasta el 2018, cuyo objetivo fue alcanzar la “cobertura universal” para la población sin acceso a la seguridad social.

En este programa se definieron un conjunto básico de intervenciones médicas de primer y segundo nivel, así como un paquete de atención de tercer nivel, integrados en el Catálogo

---

<sup>63</sup> La reforma de la Ley General de Salud del 2003, dio pauta a la creación del SPSS (CONEVAL, 2022).

Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Para garantizar el acceso a estas prestaciones, se promovió la afiliación de las mujeres gestantes y sus familias mediante el Programa de Embarazo Saludable (Freyermuth, 2018, p. 20).

Este programa incorporó intervenciones en urgencias obstétricas y complicaciones durante el parto. Para su operación, se recurrió a la infraestructura y los recursos disponibles en los sistemas estatales de salud, por lo que la capacidad de respuesta, el monitoreo y la identificación de riesgos sanitarios quedaron supeditados a la capacidad de cobertura de los estados.

El presupuesto estatal fue asignado desde la federación y determinado en función del número de afiliados-beneficiarios, lo que dio lugar a respuestas heterogéneas de los estados. La Secretaría de Salud, por su parte, asumió la tarea de coordinar, evaluar y supervisar las acciones de los sistemas estatales (Flamand & Moreno-Jaimes, 2019).

No obstante, los alcances de Oportunidades y Seguro Popular se vieron limitados por la falta de una coordinación estratégica entre ambos programas, pese a que compartían el componente de atención a salud materna y neonatal (Franco y Canela, 2020).

En este proceso, las prácticas tradicionales de la partería fueron progresivamente desplazadas, bajo el argumento de que la reducción de la mortalidad materna solo podría avanzar mediante la atención profesional del sistema médico, a través de un seguro de atención médica para la usuaria y su familia.

En el mediano plazo, el Seguro Popular impactó en la vida cotidiana de las mujeres de la SOT, al incidir en la toma de decisiones relacionadas con los procesos reproductivos, orientándolos hacia los servicios estatales de salud.

Con el sexenio de Peña Nieto (2012-2018) se retornó al priismo; sin embargo, la tendencia neoliberal se mantuvo como eje del enfoque económico y de política social del gobierno. Esta administración dio continuidad a los Programas de Transferencia Condicionada (PTC), ahora bajo el nombre de Programa de Inclusión Social (PROSPERA), que operó hasta

2018, el cual se estructuró a partir de cuatro componentes principales: alimentación, salud, educación e inclusión.

Mientras que en los PTC anteriores se priorizaron la educación, la salud y la alimentación como inversión social para la promoción del capital humano, PROSPERA apostó por la inclusión financiera, productiva y laboral. Esta orientación consistió en redirigir la transferencia de recursos a la población mayor de 18 años, mediante el impulso de proyectos productivos para la generación de ingresos y esquemas de capacitación para la inserción en el mercado laboral.

PROSPERA operó bajo la obligatoriedad del registro y la asistencia de los miembros de la familia a las unidades médicas, así como la participación en talleres comunitarios para el autocuidado. En el caso de las mujeres en etapa reproductiva, se estableció como requisito la asistencia a consultas médicas. Para las mujeres embarazadas, el programa instituyó el monitoreo gestacional y el alumbramiento en espacios clínicos con la meta de reducir los riesgos de muerte materna.

El componente de salud mantuvo continuidades con los programas implementados en sexenios anteriores, al operar dentro del marco del Sistema de Protección en Salud del SNS. Este componente fue gestionado a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en sustitución del Programa Arranque Parejo en la Vida.

Figura 16. **Programas vigentes del 2013 al 2018**

Secretaría de Desarrollo Social	{ Programas de Transferencia Condicionada }	{ - <b>Prospera</b> - Seguro de vida para Jefas de familia - Comedores comunitarios - Pensión para Adultos }
Sistema Nacional de Salud (SNS)	{ Sistema de Protección Social en salud (SPSS) (2004-2018) }	{ - Seguro Popular (2003-2018) - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) }

Fuente: Elaboración propia.

Según un estudio de contraloría social realizado por la A. C. Alianza Cívica (2013)<sup>64</sup> para el periodo comprendido entre 2004 y 2010, los recursos canalizados al Seguro Popular se multiplicaron, al pasar de cinco mil millones a 52 mil millones de pesos en un lapso de seis años (Presupuestos de Egresos de la Federación 2004-2010). Este incremento evidenció una desproporción entre los recursos invertidos y los resultados obtenidos en la reducción de la mortalidad materna (Freyermuth & Sesia, 2013).

El análisis llamó la atención sobre las deficiencias en la calidad de los servicios de salud y la opaca gestión del presupuesto transferido al programa, identificando los factores incidentes en la eficiencia del costo-beneficio (p. 66, 83). No obstante, en el estudio se reconoció que la correlación entre presupuesto y calidad de los servicios no es determinante, además que no todos los beneficios contemplados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) se estaban brindando en las Jurisdicciones con mayor índice de MM en los servicios de primer nivel. Hacia el año 2018, las recomendaciones de la OMS, siguieron reforzar acciones para el parto hospitalario bajo el enfoque de Atención Calificada del Parto, como estrategia central para reducir los riesgos de muerte materna a su mínima expresión.

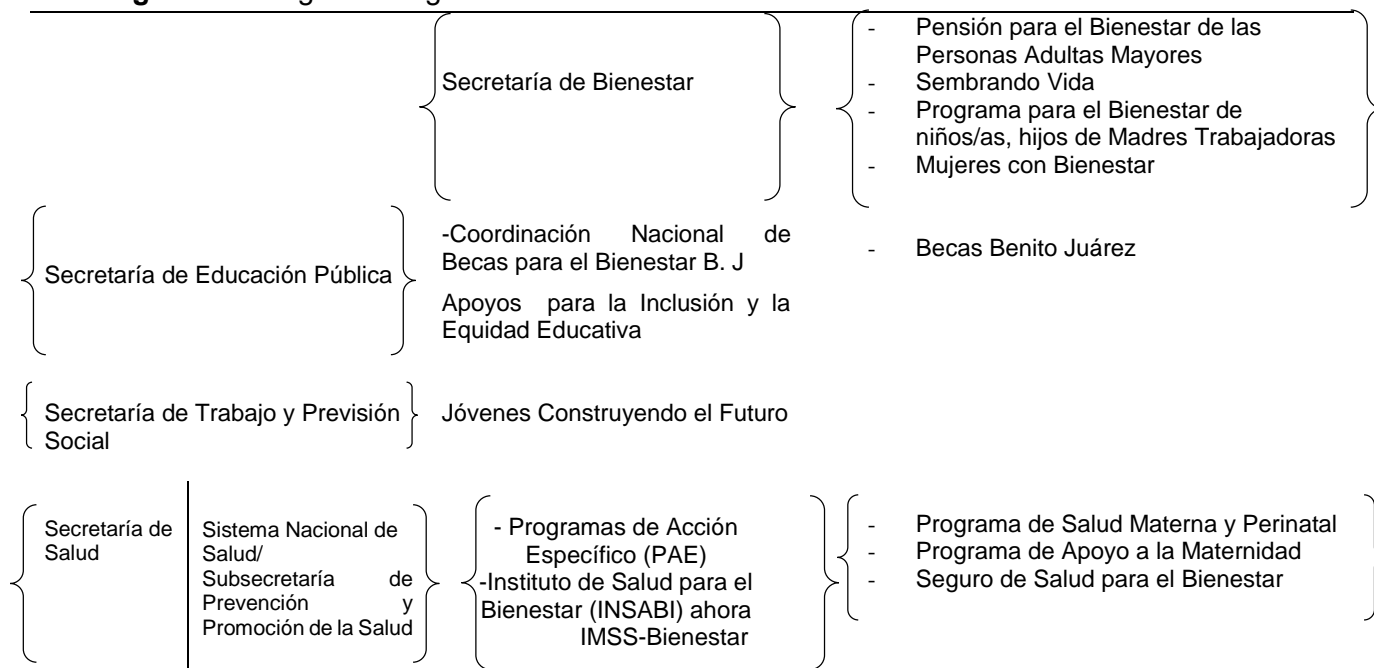
Con el advenimiento del primer gobierno de izquierda, encabezado por Andrés Manuel López Obrador, el PROSPERA fue finiquitado y se instauró una nueva modalidad de programas sociales, al sustituir los PTC por entregas directas de recursos a los beneficiarios sin intermediarios, sin condicionar las transferencias monetarias. En este sentido, se continuó apostando a la inversión de recursos humanos para el mercado laboral, la corresponsabilidad con jefas de familia desaparece, y la inversión social se orienta a la población joven como sujetos prioritarios, a la vez que se conservó el esquema de apoyo social para adultos mayores.

---

<sup>64</sup> El primer paso del proyecto fue detectar las 20 jurisdicciones con mayores indicadores de MM en el país para llamar la atención de responsables de los SESA de la SSA, y de la opinión pública sobre estas zonas. Se tomaron 20 porque esta cantidad equivale a 10% del total de jurisdicciones en el país (20 sobre 234) (Alianza Cívica, A. C., 2013) .

A casi cuarenta años de instrumentalización y cooptación de las parteras de la SOT, y a treinta años de la implementación de los PTC, la continuidad de una política de extinción de la partería, ahora continúa en el ámbito legislativo, a través de las iniciativas de ley que buscan normar las prácticas de la partería indígena, profesional y autónoma, bajo un doble discurso de reconocimiento y exclusión.

**Figura 17.** Programas vigentes del 2019 al 2024



Fuente: Elaboración propia

Las acciones diseñadas para la atención de sectores de población sin seguridad social, tanto en zonas rurales como urbanas, quedaron a cargo –inicialmente- del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual fue concebido como un sistema equiparable al Seguro Popular, con el objetivo de centralizar el presupuesto y operar la infraestructura médica del país (Inoue & Pérez, s/f).

En el discurso, el INSABI se presentó como estrategia federal de política pública en salud centrada en las personas, extendida a las familias y comunidades, como gestores y beneficiarios proactivos, desde un enfoque de género y de respeto a la pertinencia cultural e interculturalidad, al menos en el plano discursivo. No obstante, ante las limitaciones de infraestructura y recursos

humanos, el INSABI recurrió a la estructura del IMSS-Bienestar, lo que derivó posteriormente en la integración institucional (Secretaría de Salud, 2020).

En torno a los servicios de salud materna, se promueve la estrategia de Red Social y el uso de Albergues Comunitarios (Posadas AME). Las acciones se articulan a través de Redes Integradas de Servicios de Salud, que reconocen y vinculan instancias biomédicas con saberes locales como la medicina y partería indígena, prácticas complementarias y actores comunitarios, promoviendo un enfoque intercultural y participativo en la atención sanitaria. Esto de acuerdo con el Modelo de Atención a la Salud Materna, Reproductiva y Neonatal (AMARNOS) (IMSS-Bienestar, 2024)

Sin embargo, la integración de las funciones del INSABI al IMSS-Bienestar ha sido compleja, ya que no están definidos los mecanismos para la inclusión de los recursos locales tradicionales y alternativos, y los Distritos de Salud para el Bienestar-Jurisdiccionales han presentado problemas logísticos para su reordenamiento y reestructuración.

En el caso de Hidalgo, en concreto en la SOT, esto ha representado un problema, al pasar de 17 jurisdicciones a concentrar las tareas en 12. La coordinación de la Jurisdicción XIII, que había operado en la SOT desde el 2012,<sup>65</sup> fue trasladado a Tulancingo, es decir a una zona urbana y mestiza ubicada en el Altiplano, fuera de Sierra y de sus dinámicas económicas y culturales. El IMSS-Bienestar, implementó estrategias en relación con la salud materna, como los Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), Atención Obstétrica de Emergencia y Capacitación de Parteras “con un enfoque intercultural”, el más próximo a la SOT se ubica en Tulancingo.

---

<sup>65</sup> En el año 2012 se incrementó el número de Jurisdicciones Sanitarias de 13 a 17, para en el 2023 pasar de 17 a 12 Jurisdicciones sanitarias.

### 3.3 Impacto y estigmatización epistémica

En el escenario prevalente en las regiones rurales e indígenas hacía finales del séptimo decenio del siglo XX, la atención materna era asunto de la partera tradicional. Según deducciones de Graciela Freyermuth, a finales de los setenta, esta modalidad de atención concentraba entre el 80 al 92 por ciento, dependiendo de la región (2018, p. 18). Carlos Zolla, por su parte, coincide en señalar que en el área cobertura del IMSS-COPLAMAR, de 1974 a 1983, más del 80% de los nacimientos en el país ocurrieron en el ámbito de atención de la partera tradicional y de la partera empírica capacitada (Zolla, Carlos; et al., 1989, p. 21). Dada la precariedad y el aislamiento geográfico de la SOT, se podría deducir que este porcentaje llegó a ser de más del 90 por ciento en el mismo período de tiempo.

En un artículo publicado en 1991 por el Colegio de México, Pilar Parra, analizó los datos de la Encuesta de Planificación familiar de 1981, con cobertura en 86 municipios del país y 8,103 instrumentos aplicados a mujeres en áreas rurales, lo que dio como resultado que el 57% de ellas habían recibido la atención de comadronas durante el parto. En su lectura, la autora identificó la existencia de determinantes multifactoriales de tipo social, cultural y económico sobre el lugar de ocurrencia del parto, como la residencia, el tamaño de la localidad, el acceso – en tiempo y distancia- a los servicios de salud, el ingreso económico, la actividad agrícola del cónyuge –por lo tanto, no derechohabiente-, así como la escolaridad y edad de la mujer. De modo tal que las mujeres más pobres, proveniente de hogares campesinos sin seguridad social, residentes en localidades pequeñas de difícil acceso, menor escolaridad y mayor edad, eran quienes con mayor regularidad acudían a las comadronas, mientras que este porcentaje se invertía entre las mujeres con mejores condiciones económicas y de acceso (Parra A., 1991). De donde la autora concluye que los servicios de salud, calidad y disposición eran (y son) altamente estratificadas en su acceso. A la vez que recomendaba:

Cambios tanto en el contenido de los programas para las comadronas -que, basados exclusivamente en la obstetricia de la medicina moderna, no incorporan

los conocimientos que las comadronas han adquirido en sus largos años de práctica, como en los métodos de enseñanza, que requieren un alto nivel de escolarización del que más de la mitad de las comadronas en general carecen (Parra A., 1991, p. 87).

Parra advertía en su análisis que el estudio estadístico de la época denotaba un sesgo, ya que, si bien estas encuestas se realizaban con población rural, raramente incluían a mujeres hablantes de lenguas originarias, por razones de barrera lingüística y cultural. Por lo tanto, el porcentaje del 57% de mujeres atendidas por parteras tradicionales –comadronas- podría llegar a equipararse con las apreciaciones de Freyermuth y Menéndez. En ese sentido, a los componentes mencionados, habría que agregar el étnico (Parra A., 1991, p. 87).

Estas encuestas son ejemplo de la negación epistémica al constituir una laguna hermenéutica. Al no incluir las condiciones interseccionales se cimentó un espejismo hermenéutico (Radi & Pérez, 2018), como expresión social de esa década, manifiesta en políticas públicas excluyentes al ocultar las experiencias subalternas con representaciones homogeneizadas, en la que las problemáticas específicas no son enunciadas. La idea de espejismo hermenéutico hace referencia a una simulación que invisibiliza las multicausalidades de un fenómeno social. Uno de los componentes de esta ceguera hermenéutica es el no entendimiento del proceso salud/enfermedad como condición colectiva de salud. Cristina Laurell, observaba ya desde entonces:

Los planificadores en materia de salud sustituyen la predicción por un simple procedimiento estadístico. Suponen así que el futuro es la prolongación de las tendencias del pasado y que la proyección resuelve el problema metodológico. Es claro, sin embargo, que este procedimiento deja sin resolver el problema de los cambios cualitativos, aun cuando éstos se expresan en la cantidad (Laurell A. , 1980)

El auge de la partería tradicional vinculada al sector salud tuvo a favor una serie de coyunturas y factores que posibilitaron su instrumentalización y posterior declive. Entre estos se encuentra el cambio de paradigma de la política pública en salud reproductiva, que viró de un enfoque pronatalista a uno de control demográfico al inicio de los setenta. En este contexto las parteras fueron adiestradas para fungir como promotoras de planificación familiar en regiones rurales, una estrategia ventajosa ante la reducción del gasto social derivado de la crisis económica. En esta política convergieron instancias como el IMSS-COPLAMAR, el Instituto Nacional Indigenista, la SSA y el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (Freyermuth, 2018, p. 19). Este auge fue precedido por un proceso de declive y estigmatización epistémica.

Para 1994, el Programa IMSS-Solidaridad (que asumió y replanteó las tareas del IMSS-COPLAMAR) reportó que los alumbramientos atendidos por parteras en espacios clínicos, como unidades médicas y hospitales rurales de la República eran del 52.8%, esto sin considerar los partos domiciliarios. Según la Encuesta Nacional de Parteras para 1990-1993 las parteras atendían un promedio de tres partos al mes (A. Carrillo & Zolla, 1998, p. 186).

Para el año 2017, Atkin y Sesia apuntaron que, en un período de veinte años, los nacimientos hospitalarios ascendieron al 96%, la mayoría sobremedicalizados. Según Menéndez, en lo que va del siglo XXI, más del 90% de los nacimientos se han realizado en espacios clínicos de segundo y tercer nivel de atención, por profesionales capacitados (según criterios de la OMS), es decir parteras profesionales, enfermeras, médicos obstetras y médicos generales, “cuando en la década de 1930, en México, el 90% de los partos eran realizados por parteras empíricas” (Menéndez E. , 2022, p. 12).

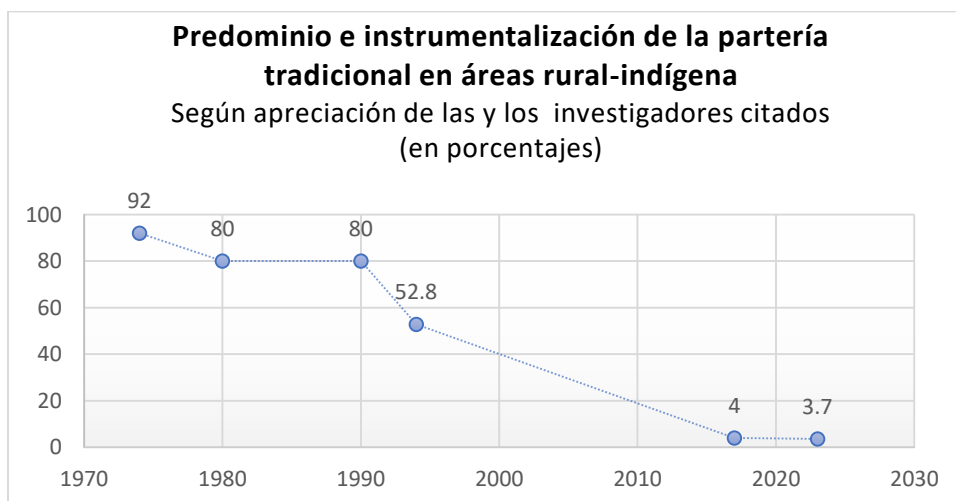
En tres décadas (1993-2023), los nacimientos atendidos por parteras tradicionales descendieron del 30.51% a 3.57%. Los factores que han contribuido a la desvalorización de sus conocimientos y terapéutica es multifactoriales, sin embargo, puede señalarse a la política de salud reproductiva que ha desestimado la partería tradicional, priorizando el parto hospitalario

como meta institucional, aunado al impacto de los Programas de Transferencia Condicionada. En la misma línea, Amparo Sevilla menciona como determinante el marco legal relacionado con la salud reproductiva, violatorio de lo dispuesto en tratados internacionales y en la misma Constitución, en sus artículos 2º y 4º (Sevilla, & Gallegos, et al., 2023, p.8).

Los costos de estas políticas de salud reproductiva han sido altos y variados; entre ellos, la creciente patologización y medicalización de los procesos fisiológicos femeninos indígenas, y en particular del parto, así como la cosificación de los cuerpos como “objeto” preferente de la política reproductiva, reconvertidos en metas y objetivos cuantificables.

Esto ha llevado a la normalización de las intervenciones biomédicas durante el embarazo, parto y puerperio (Morales D. M., 2021), trastocando las representaciones y resignificaciones de la salud materna y su atención biomédica en la percepción de jóvenes indígenas. Como efecto, las cesáreas se presentan como una opción, y la violencia obstétrica se percibe como daño colateral en la reducción de los casos de preclamsia y eclampsia y otros riesgos. Estos factores apuntan a un epistemicidio de la partería indígena ya que sin la práctica situada y social, los saberes se debilitan.

Figura 18. Predominio e instrumentalización de la partería tradicional



Elaboración propia con base a las estimaciones de los autores citados. Porcentaje de partos atendidos por parteras tradicionales por década.

### **3.3.1 Estigmatización y muerte materna.**

La violencia obstétrica y la muerte materna son dos aspectos de los servicios públicos en materia de salud reproductiva en contextos indígenas, no por definición, sino por causas estructurales y estratificadas que incluyen prejuicios culturales, desigualdades económicas y sociales, lo que afecta la eficacia de los servicios. Estas condiciones se traducen en formas de violencia institucional, vulnerando la dignidad y la salud psicoemocional de las usuarias y de las parteras, como sujetas de conocimiento, con una *praxis* condicionada por dinámicas de enajenación generadas bajo el dominio de un modelo médico hegemónico excluyente.

El quehacer de las parteras indígenas ha sido señalado a partir de prejuicios epistémicos. Esta estigmatización sobre su práctica ha sido una construcción histórica, Ana María Carrillo documentó su génesis, rastreando esta exclusión desde la Nueva España hasta la aparición de la partería profesional como carrera en el siglo XIX, cuyo objetivo fue sustituir la partería tradicional. No obstante, su permanencia fue necesaria ante la insuficiencia de cobertura de los servicios de salud. Esto se mantuvo, por lo menos hasta los noventa del siglo XX, cuando el parto hospitalario se impuso como criterio prioritario (Carrillo A. M., 1999).

La percepción de la partería indígena como factor de riesgo para la madre y el neonato fue alimentada por discriminación, prejuicios e interpretaciones y asociaciones erróneas de las estadísticas e indicadores en regiones indígenas-rurales, que históricamente han mostrado altas tasas de mortalidad materna en comparación con otras regiones y sectores de población.

La reiterada correlación entre la muerte materna y la partería tradicional ha contribuido a su estigmatización, fortaleciendo un espejismo hermenéutico que invisibiliza las causas reales asociadas a las condiciones sociales e históricas estructurales, perpetuando la violencia epistémica al desvalorizar conocimientos, experiencias y aportaciones de las parteras. Esto también afecta la autonomía de las mujeres gestantes en sus opciones de atención, expuestas a prácticas biomédicas indiferentes a sus necesidades, vulnerando así sus derechos humanos, reproductivos y culturales.

Por otro lado, la muerte materna es la cruda concreción de la desigualdad y se presenta como un fenómeno multicausal, en el que interactúan componentes económicos, sociales y culturales expresados en indicadores de inequidad estructural, revelando una correlación entre pobreza, rezago social y gasto presupuestal destinado a la ejecución de las políticas en salud (Freyermuth E. M., s/f; Olvera et al., 2014). De manera tal que:

La persistencia de mortalidades diferenciales en el país revela las inequidades estructurales que determinan un acceso desigual a los servicios de salud y el incumplimiento del derecho de las mujeres mexicanas a recibir una atención oportuna y de calidad (Freyermuth E. M., s/f).

En términos cuantitativos, la Razón de Muerte Materna (RMM) es el indicador que, a nivel internacional, mide la dimensión de esta problemática mediante el cálculo del número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos (OMS, 2012). Este indicador, es un referente para los análisis comparativos, ya que expone las condiciones sociales y económicas, así como la eficiencia y eficacia de la política en salud reproductiva de un país.

**Tabla 12.** Pobreza multidimensional. Población en situación de pobreza

		<b>Población</b>				
	<b>Municipio</b>	total	En situación de pobreza	Con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	Con carencia por rezago educativo	Con carencia por acceso a los servicios de salud
Hombres	San Bartolo Tutotepec	8,841	64.6	64.9	32.5	14.2
	Tenango de Doria	8,328	62.5	63.5	25.1	13.4
	Huehuetla	11,960	74.9	75.3	32.5	13
Mujeres	San Bartolo Tutotepec	8,863	65.7	66.1	34.8	9.8
	Tenango de Doria	9,343	64.5	65.7	22.6	9.5
	Huehuetla	12,667	76.6	77.2	34.7	8.3
Población indígena	San Bartolo Tutotepec	10,458	73.4	73.6	40.4	10.6
	Tenango de Doria	4,985	68.0	68.6	29.3	-
	Huehuetla	17,247	80.2	80.6	38.5	9.9

Fuente: Elaboración propia con base a información CONEVAL, 2010, 2015, 2020.

Por lo tanto, la prevalencia de RMM se presenta como uno de los indicadores de la calidad de atención de los servicios de salud y del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030. Según datos de la Secretaría de Salud (2023), el Estado de México, Chiapas, Nayarit, Veracruz, Jalisco y Guerrero fueron los estados que reportaron prevalencias elevadas de RMM. Hidalgo no aparece en las estadísticas de mayor gravedad; sin embargo, es necesario considerar que las condiciones históricas de desigualdad y pobreza multidimensional se concentran en las regiones indígenas, de manera similar a lo que ocurre en aquellos estados, tal como sucede con las localidades de los municipios de San Bartolo y Huehuetla, donde el 76% de población se encuentra en situación de pobreza<sup>66</sup> (CONEVAL, 2024). Del 2019 al 2021, los tres fallecimientos ocurridos en la subregión, se registraron: 2 en San Bartolo Tutotepec, y 1 en el municipio de Tenango de Doria ( Registros nominales de MM por año).

En la tabla 13 se observa la evolución de la RMM en el Estado de Hidalgo entre 2016 y 2023. Comparativamente, se registra un descenso significativo del 42.6 en 2016 al 21.2 en 2020, seguido de un repunte en el periodo 2020-2021 –años de la pandemia-, al alcanzar el 50.1, en concordancia con la tendencia nacional durante esos años.

En términos absolutos, los casos en la entidad se duplicaron del 2020 al 2021, siendo el COVID-19 (confirmado y sin virus identificado) un factor predominante sobre otras causas, como la hipertensión y el edema con proteinuria, al pasar de 11 a 26 casos. En términos de RMM, En el Estado de Hidalgo se tenía en el 2016 una RMM de 42.6, y un descenso a 21.2 de RMM para el 2020. Con un repunte al 50.1 en el 2021 (año en el COVID tuvo mayor impacto en el Estado). (SS, Boletín epidemiológico 2016-2023).

A diferencia de las regiones indígenas de Oaxaca y Guerrero (Morales, 2024; Sesia & Berrio, 2023), en la SOT la partería no se ofreció como una alternativa de atención para las

---

<sup>66</sup> <https://sistemas.coneval.org.mx>. Datos de avance municipal.

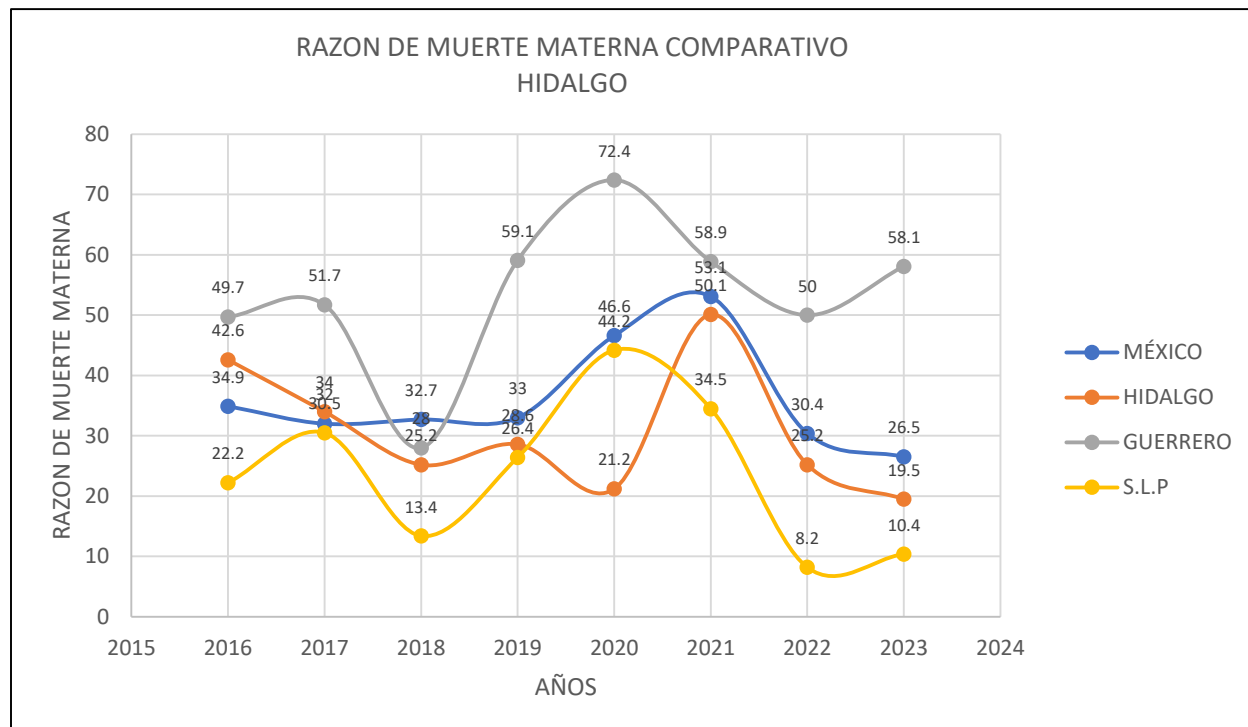
mujeres que parieron durante la pandemia. Esto se justificó bajo la consideración de que la mayoría de las parteras eran y son mujeres de la tercera edad, con enfermedades preexistentes.

Por lo que el sector salud restringió las actividades de las parteras al mínimo.

Tabla 13. Evolución Epidemiológica de la RMM en el país/Hidalgo.

AÑO	RMM PAÍS	TOTAL PAÍS	R MM HIDALGO	TOTAL ESTADO	Los Estados que notifican mayor número de defunciones
2016	34.9	713	42.6	21	Chiapas (58), Puebla (45), Veracruz (40) y Guanajuato (38). Estado de México (112)
2017	32	772	34	19	Edomex, Chiapas, Veracruz, Ciudad de México y Guanajuato
2018	32.7	667	25.2	14	Chiapas (77), Edomex (73), Veracruz (38), Jalisco (36) y Oaxaca (31).
2019	33	690	28.6	16	Edomex (77), Chiapas (57), Veracruz (48), Jalisco (46), y Guerrero (42).
2020	46.6	934	21.2	11	Edomex (121), Chiapas (65), Puebla (51), Jalisco (49), Chihuahua y CDMX (45), cada una.
2021	53.1	1036	50.1	26	Edomex (129), Puebla (74), Veracruz (71), Jalisco (61) y Chiapas (54). En conjunto suman el 37.5% de las defunciones registradas.
2022	30.4	664	25.2	13	Edomex (68), Veracruz (44), Jalisco (43), Puebla (37) y Chiapas (35).
2023	26.5	556	19.5	10	Edomex (70), Veracruz (39), Guerrero (38), Chiapas (37) y Jalisco (32). En conjunto suman el 39.0% de las defunciones registradas.

Fuente: Elaboración propia con base a los boletines epidemiológicos Semanas 52, años 2016 al2023. Observatorio de Muerte Materna y Dirección General de Epidemiología. Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas.

**Figura 19. Razón de Muerte materna comparativo 2015-2023**

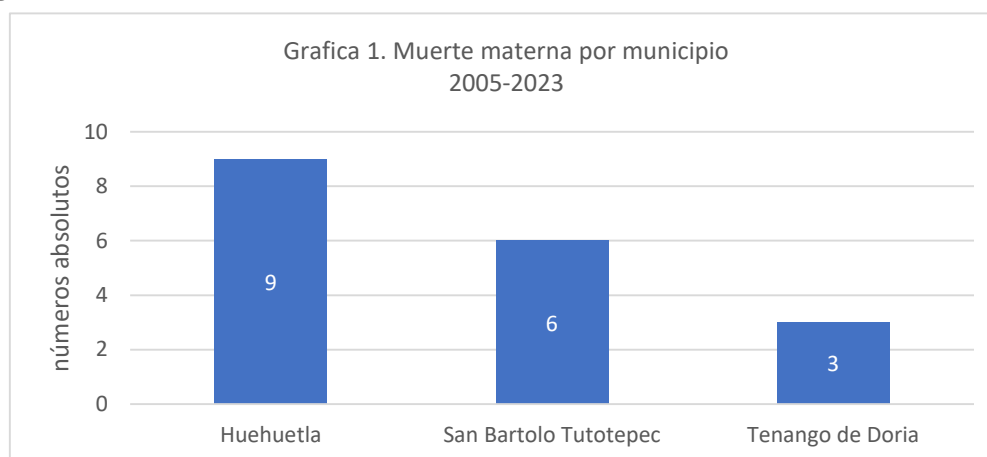
Fuente: Elaboración propia con base a los boletines epidemiológicos Semanas 52, años 2016 al2023. Observatorio de Muerte Materna y Dirección General de Epidemiología. Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas

En lo que refiere a la SOT, la tabla 14 presenta los casos de muerte materna ocurridos del 2005 al 2017, desglosados por localidad, área de responsabilidad y causa de defunción. Durante este período de 12 años se registraron 24 decesos, siendo las causas de mayor incidencia el choque hipovolémico y la hemorragia obstétrica, ocurrido en las instalaciones del IMSS Oportunidades y de la SSH. Durante ese período, el municipio de Huehuetla registró el mayor número de muertes maternas entre 2005 al 2016. En este se registraron 7 casos, en comparación con 5 en San Bartolo Tutotepec, y uno en Tenango de Doria.

Tabla 14. Muerte materna. Sierra Otomí-Tepehua 2005-2016

Año	Municipio	Núm. de MM	de	Localidad	Instancia de salud	de	Causas de Defunción
2005	Huehuetla	2		San Antonio	IMSS Oportunidades		Choque hipovolémico grado IV, inversión uterina, probable coagulación de consumo
				San Gregorio	IMSS Oportunidades		Síndrome de Hellp; Enf. hipertensiva del embarazo Cuagulopatía por consumo Sangrado del tubo digestivo
	San Bartolo Tutotepec	1		San Bartolo Tutotepec	SSH		Falla orgánica múltiple, secundario a choque hipovolémico grado IV, pos operada de histerectomía total abdominal, puerperio patológico inmediato
2006	---	--		---		---	---
2007	San Bartolo Tutotepec	1		El Canjoy	SSH		Choque hipovolémico. Hemorragia obstétrica. Retención placentaria.
2008	Huehuetla	2		San Ambrosio	SSH		Eclampsia
				Juntas Chicas	IMSS Oportunidades		Insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de Hellp, enfermedad hipertensiva del embarazo.
	Metepec	1		Metepec	SSH		Insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad hipertensiva del embarazo, pos operada de histerectomía
2009	Huehuetla	1		San Esteban	IMSS Oportunidades		Choque hipovolémico, desprendimiento prematuro de placenta, atonía uterina
	Acaxochitlán	1		Tepepa	IMSS Oportunidades		Eclampsia, coma hiperosmolar, desequilibrio hidroelectrolítico, puerperio mediato posteutócico
	San Bartolo Tutotepec	1		San Bartolo Tutotepec	SSH		Choque hipovolémico. Atonía uterina
2010	Agua Blanca	1		Agua Blanca	SSH		Choque séptico, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, trombosis mesentérica, abdomen agudo, anemia normocítica normocrómica
	Huehuetla	2		Juntas Chicas	IMSS Oportunidades		Coagulación intravascular diseminada, hipotonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta.
				San Esteban	IMSS Oportunidades		Muerte cerebral, evento vascular cerebral hemorrágico, aneurisma de la concomitante anterior, puerperio patológico tardío.
	Acaxochitlán	2		Tepepa	IMSS Oportunidades		Tormenta tiroidea. Hipertiroidismo descontrolado. Embarazo intrauterino de 31 semanas.
2011	Tenango de Doria	1		Santa Mónica	IMSS Oportunidades		Choque séptico, neumonía postinfluenza, influenza b; encefalopatía anoxo isquémica, estado post paro
	Acaxochitlán	1		San Francisco	IMSS Oportunidades		Coagulación intravascular diseminada, choque hipovolémico, hemorragia obstétrica, hipotonía uterina, anemia aguda
2012	---	---		---		---	---
2013	Acaxochitlán	1		Sta. Ana Tzacuala	IMSS Oportunidades		Anemia aguda secundaria a atonía uterina.
2014	Acaxochitlán	1		Barrio Tlapac	SSH		Choque hipovolémico, desprendimiento prematuro de placenta
	Acaxochitlán	1		Tepepa	IMSS Oportunidades		
	Tenango de Doria	1		San Pablo el Grande	SSH		Choque hipovolémico, hemorragia obstétrica, inversión uterina
2015	San Bartolo Tutotepec	1		Cerro Verde	SSH		Pb. Preeclampsia, puerperio mediato
	Acaxochitlán	1		Tepepa	IMSS Prospera		Tormenta tiroidea
	Acaxochitlán	1		Los Reyes	SSH		Hemorragia obstétrica más preeclampsia

Fuente: Jurisdicción Otomí-Tepehua, Tenango de Doria.

**Figura 20.** Muerte materna por municipio 2005-2023

Elaboración propia con base a los registros nominales de muerte materna por año 2005-2023

**Tabla 15.** Comparativo de Muerte Materna 2005-2023. Sub Región Otomí-Tepesua

	2005-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2023	TOTAL
Huehuetla	7	2			9
San Bartolo Tutotepec	3	1	2		6
Tenango de Doria		2		1	3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

Elaboración propia con base a los Registros nominales de muerte materna por año 2005-2023

Respecto a la Tabla 14, sobre la evolución de la MM, hasta el 2016, siete casos ocurrieron en las instalaciones del IMSS, y seis en la SSH. No se encontraron datos desagregados del 2017 al 2023. La secuencia de indicadores de MM evidencia que Huehuetla es el que concentra el mayor número histórico de casos, lo cual se explica por las determinantes sociales y estructurales ya mencionadas, además de ser el de mayor lejanía de municipios que integran la Otomí-Tepesua como región, colindante con el estado de Veracruz.

### 3.3.2 *Procesos locales - procesos homogenizantes.*

El avance de la política de control demográfico en regiones indígenas se caracterizó por su heterogeneidad en términos de temporalidad, penetración y aceptación. Estas acciones fueron implementadas desde el inicio sin considerar las especificidades culturales ni la diversidad de los pueblos originarios. De hecho, la historia contemporánea de la política de población y los programas de planificación familiar obvió la composición pluriétnica del país; las estadísticas

derivadas solo dieron cuenta de estas diferencias hasta en épocas recientes. El INEGI contempló la variable étnica de manera más específica a partir del año 2000, en consonancia con la CONAPO que también la incluyó como variable étnica.

Cristina Barroso señaló en 2004 que en México no existían fuentes confiables de estudio sociodemográfico sobre población indígena, lo cual incluían las encuestas nacionales de diagnóstico, como ya lo advertía Pilar Parra, en su análisis sobre la estadístico de atención a la salud materna de 1983 (en su artículo publicado en 1991). Barroso planteó una serie de cuestionamientos, cómo: *¿existía una resistencia por parte de los indígenas ante los programas de salud reproductiva?* Al respecto, dedujo que este prejuicio era efecto de una disociación entre la política pública<sup>67</sup> y las diversas realidades y contextos de los pueblos originarios, que partían de una generalización.

Ya que, como tendencia de análisis, en la categoría de pueblos indígenas u originarios se subsumen todas las diferencias culturales y geográficas posibles, sin considerar que en los procesos regionales convergen una serie de factores estructurales y determinantes sociales situados, así como las percepciones propias sobre la maternidad y la fecundidad, que desde una perspectiva hegemónica son interpretadas como barreras culturales.

En esta perspectiva, para Barroso, el lento avance en la reducción de las tasas de natalidad trasciende la interpretación de la barrera cultural, manifestándose como forma de resistencia frente a los mecanismos de coacción que derivaron en esterilizaciones forzadas<sup>68</sup> y

---

<sup>67</sup> No obstante lo dictado en Ley General de población 199, artículos 25 y 26, y Programa Nacional de Planificación Familiar, analizados por Barroso (2004).

<sup>68</sup> Por las condiciones de pobreza y de exclusión geográfica y social en la que se encuentran la mayoría de las víctimas de estas prácticas, rara vez existen denuncias. Estas se pierden en la normalización de estas acciones. No obstante, se pudieron ubicar las siguiente recomendación de la CNDH: Recomendaciones 58/2016, 61/2016 y 3/2017: Dirigidas a diversas entidades públicas del Sistema Nacional de Salud, específicamente en áreas donde habitan pueblos indígenas, relacionadas con la planificación familiar bajo presión o sin el consentimiento de las mujeres

acciones coercitivas para la adopción de métodos anticonceptivos. Entendiendo, que, “La reproducción humana para los indígenas tiene una significación diferente de aquella mestiza: significación profunda en su base cosmológica y, por consecuencia, filosófica y ontológica. De ahí sus prácticas, ritos y mitos sobre fecundidad” (Laurell A. , 1980).

El párrafo anterior pone foco también en el autoritarismo epistémico del MMH, que construye la otredad desde un prejuicio hermenéutico, percibiéndola como una masa homogénea e ignorando las diferencias. El señalamiento de Barroso, resulta pertinente, ya que las formas de percepción del cuerpo, la sexualidad, el nacimiento y su lugar dentro de una cosmovisión no se pueden generalizar en la categoría “indígena”, basta decir que los contextos en tiempo, espacios, escalas territoriales y geográficas son diferenciados.

Esta dinámica también puede observarse en las investigaciones académicas, que, de alguna manera coadyuvaron a crear una laguna hermenéutica al invisibilizar los procesos locales paralelos que no convergieron en sujeto colectivo. En la citada base de Datos de la Partería indígena 2020-2022, se recopilaron 93 documentos de investigación (Muller, 2023), la mayoría enfocados en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, Jalisco, San Luis Potosí, Yucatán, Michoacán y Veracruz, con temas prioritarios como la salud materna, los movimientos sociales, liderazgos y agencia política de las mujeres indígenas.

En el caso del estado de Hidalgo, las diferencias y similitudes entre procesos paralelos pueden observarse en las regiones del Valle del Mezquital y la Otomí-Tepehua. En el primero, los servicios de planificación familiar comenzaron en 1978 a través del programa de Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital (PIVM)<sup>69</sup>, siendo este proyecto pionero en la introducción de servicios de salud dirigidos a la población indígena. En tanto, en la región Otomí-Tepehua, estas acciones comenzaron una década más tarde (Vázquez-Sandrin, 2019).

---

<sup>69</sup> El Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital (PIVM) fue creada por el gobierno federal el 25 de junio de 1951, para la promoción de proyectos de desarrollo en el Valle del Mezquital.

En el mediano plazo, estas acciones dieron como resultado una diferencia comparativa en la Tasa Global de Fecundidad (TGP) entre ambas regiones indígenas. Durante el mismo período 1995-1999, en el Mezquital el número de hijos por mujer en edad reproductiva era de 2.8, en tanto que en la Otomí-Tepehua fue de 3.9 (un hijo más en promedio).

Vázquez-Sandrin (2009) deduce que esta diferencia no fue únicamente resultado de la implementación de las estrategias institucionales de salud reproductiva, sino también de la inversión estatal que promovió el desarrollo económico mediante la fundación del Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital (PIVM). Esta iniciativa se vio fortalecida por la ampliación de la infraestructura de aguas residuales, que las familias campesinas aprovecharon para la agricultura, así como por otras acciones de la política indigenista. En conjunto, estas medidas coadyuvaron a los avances en la calidad de vida de los habitantes del Valle del Mezquital en comparación con la Sierra Otomí-Tepehua.

Lo que se busca señalar es que, incluso en procesos aparentemente similares, existen dinámicas y coyunturas políticas, sociales y geográficas que sitúan a las poblaciones y a agentes de salud, organizados o no, en diferentes escenarios de exclusión, acceso a los servicios básicos de salud, participación e incidencia política.

### **3.3.3 *Procesos homogenizantes - procesos colectivos: voces en defensa.***

Si bien, esta investigación está centrada en la partería tradicional como estudio de caso regional se comprende que esta dimensión local está atravesada por procesos homogenizantes de la política pública. En este aspecto es que compete hacer referencia a los dinámicas macros que han incidido en otros lugares y narrativas de mujeres en similares condiciones de desventaja social.

En el análisis de las dimensiones que van de lo local a lo estructural, Lina Berrio (2019), Amparo Sevilla (2023), Cristina Galante (2019), Alarcón (2021) y otros investigadores han señalado el avance del control biopolítico y el exterminio epistémico que pende sobre la práctica de la partería indígena. Como fenómeno, tiende a invisibilizar a los sujetos que enfrentan una

serie de coacciones, como la obligación de canalizar a las usuarias hacia las unidades clínicas, la descalificación de su práctica y las restricciones sobre la expedición de certificados de nacimiento e intimidaciones hacia parteras y gestantes. Frente a esta embestida, muchas parteras han optado por abandonar su práctica, mientras que otras han decidido resistir y conformar frentes comunes en defensa. Estos procesos de movilización fueron documentados por Berrio en los estados de Guerrero y Oaxaca (Berrio, 2019, p. 5)

En la Sierra Otomí-Tepehua, las parteras resintieron los mismos procesos de desplazamiento epistémico. Sin embargo, a diferencia de estas, las parteras tradicionales de los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas han logrado avances en la conformación de redes a través de alianzas y frentes. Estas alianzas incluyen organizaciones civiles, la academia activista, funcionarias/as aliados del Sector Salud, lo que ha coadyuvado a fortalecer la voz de sus representantes y lideresas en diversos espacios de participación social y política. Gracias a ello, han logrado un cierto posicionamiento como sujetas sociales con agencia e interlocución en distintos sectores a nivel estatal, federal e internacional en procesos de trabajo continuo de años.

Para entender las coyunturas que permitieron posicionar la voz y el liderazgo de mujeres indígenas como sujetas políticas, es necesario historizar los procesos derivados del feminismo popular-campesino, que dieron pie a la conformación del feminismo indígena en un proceso construido a lo largo de las décadas de los ochenta hasta nuestros días, y que han constituido una agenda propia, entre cuyas demandas centrales están los derechos reproductivos.

Estas mujeres indígenas participaban activamente en organizaciones campesinas mixtas que antecedieron al surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Sin embargo, no fueron resultado de esta coyuntura, sino que su liderazgo se fue construyendo en tensión y cuestionamiento dentro del propio movimiento campesino, en cuya identidad quedaba subsumida también la cuestión étnica y de género, que hasta ese momento no eran

consideradas políticamente prioritarias (Espinosa, 2019),<sup>70</sup> y después también en tensión dentro del mismo movimiento indígena.

El impacto que significó la emergencia del EZLN a nivel nacional e internacional puso luz sobre los procesos del activismo femenino indígena, a través de foros y eventos que actuaron como espacios de convergencia y diálogo entre mujeres de diferentes pueblos originarios, a través del cual surgieron y se consolidaron liderazgos femeninos, dando lugar a un proyecto colectivo que sustentó a la construcción del discurso político y epistemológico del feminismo indígena, que lo distanció del feminismo civil y se cimentó en las reflexiones sobre las realidades de discriminación y desigualdad resultante de exclusiones múltiples, dentro y fuera de sus comunidades.

En este contexto, es que las mujeres indígenas activistas se declaran a favor de los derechos colectivos, pero también los individuales, ya que, para ellas, la autonomía, comenzaba por la autonomía del propio cuerpo, como primer territorio, además de cuestionar las relaciones de género de sus propias culturas, comunidades, y organizaciones políticas, en el que fueron señaladas por tratar de dividir la lucha indígena.

La emergencia del EZLN y del movimiento indígena fueron parteaguas, cuyo avance para las mujeres se concretó en la declaración de la Ley Revolucionaria de Mujeres indígenas con demandas de género, en los ejes: a) participación política, b) salud sexual y reproductiva, c) educación y, d) cultura (Hernández C. R., 2011). Estas propuestas impulsaron cambios en las prácticas y normas tanto de la estructura organizativa del movimiento indígena como de la vida comunitaria.

En diciembre de 1995 se realizó el Primer Encuentro Nacional de Mujeres de la Asamblea Nacional Indígena Plural por la Autonomía (ANIMA), con tres puntos de discusión: a) derechos,

---

<sup>70</sup> Como lo documentó Gisela Espinosa en su texto *Cuatro vertientes del feminismo en México. Diversidad de rutas y cruce de caminos* (2019).

usos y costumbres; b) autonomía con una visión de género, y c) promoción de una red nacional de mujeres indígenas. En este marco, es que surgió la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI)<sup>71</sup> en 1997, como parte del Movimiento Nacional de Pueblos Indígenas, que integró a catorce estados del país (Valladares, 2008).

Una vez conformada la CONAMI, a partir de esta se gestaron o convergieron organizaciones como la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas (CGMI) y la Asamblea de Mujeres Indígenas de Oaxaca (AMIO), sumándose colectivos femeninos que surgieron dentro de los movimientos campesinos emergidos entre las décadas de los setenta a noventa -ya mencionado-, y centrados en luchas agrarias, sociales, y económico-productivas, tales como la Unión de Comunidades Indígenas de la Zona Norte del Istmo (UCIZONI), la Sociedad Cooperativa *Tosepan Titaniske; Zanzecan Timeni*-UNORCA. En el interior de estas organizaciones, las mujeres reclamaron espacios propios de reflexión, planteando –no sin tensiones- problemáticas que hasta ese momento habían permanecido en segundo plano, como la violencia de género y la salud reproductiva (Bonfil & Bassols, 2008). Estas tensiones y contradicciones provocaron escisiones en las organizaciones campesinas.

Un ejemplo de ello es la organización campesina-indígena *Tosepan Titaniske*, de la que derivó la organización de artesanas *Maseualsiuamej Mosenyoltchicauanij*, que a la larga se consolidó como un colectivo de mujeres ocupadas en proyectos productivos, turísticos y artesanales, pero que también dio espacio a la Casa de la Mujer Indígena orientado a la atención de la violencia de género y la salud reproductiva. Otro, ejemplo de esta índole es el Centro para los Derechos de la *Mujer Nääxwiin* A.C, gestada al interior de la UCIZONI<sup>72</sup> en 1992. En ese

---

<sup>71</sup> La CONAMI agrupa a mujeres de alrededor de 20 pueblos originarios, con presencia en los estados de: Chiapas, Michoacán, Morelos, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Oaxaca.

<sup>72</sup>La UCIZONI inicio en 1985, con antecedente organizativos que datan de 1970. Por hoy, la organización agrupa a 84 comunidades y asentamientos de nueve municipios del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca. ([www.redindigena.net](http://www.redindigena.net)).

entonces, un grupo de Mujeres formó un grupo de reflexión en torno a problemáticas de género desde una perspectiva indígena comunitaria que iba más allá de lo económico-productivo. Este grupo fundaría en el 2002, la Casa de la Mujer Indígena de Matías Romero, Oaxaca (notas de campo, EIF, 2011). Los procesos de fortalecimiento de liderazgos y colectivos indígenas tuvieron como aliadas asociaciones civiles y académicas activistas que ha acompañado a estos grupos en sus procesos de consolidación.

La CONAMI, como espacio de compartencia participativa, coadyuvó a las reflexiones colectivas que han abonado a los procesos regionales y comunitarios, consolidando, fortaleciendo y promoviendo viejos y nuevos liderazgos de mujeres indígenas. La historia compartida ha posibilitado alianzas y redes interestatales e internacionales para la incidencia política, sobre todo en América Latina y el Caribe. Lo anterior es importante para comprender que el movimiento en defensa de la partería tiene una historia colectiva anclada en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

En el contexto internacional, a partir del 2000 se fueron instrumentando los Objetivos de Desarrollo (ODM) impulsados por la ONU, con miras al 2015. Estos objetivos se centraron en garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y reducir la Razón de Mortalidad Materna en un 75%, de 57 a 22.3 de RMM (Morales & et al., 2018, p. 66). En México se intensificó el parto hospitalario y la implementación del Seguro Popular y IMSS-Oportunidades, como parte de los Programas de Transferencia Condicionada, que de a poco fueron abonando a la creación de escenarios para el desplazamiento epistémico de la partería indígena. Para 2016 los indicadores marcaron una RMM de 37.98 en comparación con el 22.3 esperado, con lo que se anunció que la meta no fue cumplida (GIRE, 2025)

Durante el gobierno de Fox, como parte de la estrategia para incidir en regiones de alta concentración de población indígena, se instrumentó el proyecto piloto Casa de Salud de las Mujeres Indígenas en 2005, por convocatoria de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (en ese momento CDI, ahora INPI y antes INI). Este proyecto representó un

ejemplo paradigmático de la conjunción de esfuerzos y alianzas, que requirió la existencia de procesos previos.

Tal fue el caso de las primeras cinco experiencias, entre las que se encuentran -los ya mencionados-: *Maseualsiuamej Mosenyolchicauani*, S de SS en Cuetzalan Puebla; el Centro para los Derechos de la Mujer *Nääxwiin* A.C. ubicado en Matías Romero, las mujeres *Ikoots* de San Mateo del Mar, ambas en Oaxaca; y Manos Unidas en Ometepe, Guerrero, esta última contó con el acompañamiento de Nellys Palomo; y la CAMI de *Chalchihuitán*, Chiapas, integrado por un grupo monolingüe de mujeres *tsotsiles*, lideradas por la partera tradicional Sebastiana Vázquez y asesoradas por Graciela Freyermuth del CIESAS-Sureste, a través de la A.C. Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud (ACASA, A.C.) (Pelcastre & et al., 2008; Ignacio F., 2014).

En una segunda fase de este mismo proyecto, la conformación de grupos de mujeres que replicaron el modelo fue promovida *ex professo* por la misma institución, lo que derivó en avances y alcances heterogéneos. Ello se explica porque los grupos que operaron carecían de procesos previos de maduración organizativa y, en algunos casos, se convirtieron en botín político en los contextos regionales. Actualmente, las CAMIS, ahora renombradas como Casas de la Mujer Indígena y Afromexicanas (CAMIAS), conforman una red en la que algunas apuestan a la partería indígena.<sup>73</sup> Estas organizaciones acceden a recursos institucionales a través de los rubros “promoción de la salud sexual y reproductiva” y “violencia obstétrica” (Lineamientos operativos: Programa de Derechos Indígenas, 2020). En la red de las CAMIAS, las parteras tradicionales se perciben a sí mismas como sujetos clave en la reducción de la mortalidad materna, la violencia obstétrica y de género, especialmente en comunidades de difícil acceso. Asimismo, abogan por

---

<sup>73</sup> Otras áreas de atención de las CAMIAS, son: Violencia de género, promoción de la SSyR, asesoría legal, acciones de fortalecimiento para la autonomía económica, derechos políticos, territoriales y agrarios.

el reconocimiento de la partería a través del modelo tradicional de formación de maestra-aprendiz.

Las acciones en defensa de la partería impulsadas por los colectivos que participan en las CAMIAS trascienden la perspectiva institucional para hacer frente común con otras organizaciones de la sociedad civil. En este frente, denominado Movimiento en Defensa de la Partería, convergen asociaciones de la sociedad civil, como: *Kinal Antzetik*, Parteras de Chiapas Nix *Ichim*, Parteras de Guerrero, la Red de Parteras del Estado de Oaxaca, la Asociación de Parteras de la Sierra Norte de Puebla y el Colectivo de Parteras de la Huasteca, entre otras. Este proceso ha dado lugar a la conformación de una red de resistencia.

De manera paralela a la CONAMI, en el año 2014 constituyó la Asamblea Nacional de Mujeres Indígenas (ANPMI), que, a la fecha, articula redes, colectivos y liderazgos de mujeres indígenas y de la sociedad civil. Entre las articulaciones vinculadas al tema. Se encuentran la Red de Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana y el Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim* (Flor de Maíz), entre las demandas políticas que han sostenido en los últimos años, recupero los puntos:

Al Estado mexicano y a sus instituciones que reconozcan la medicina tradicional como parte del sistema de salud propio de los pueblos, con respeto y sin apropiaciones. Reivindicamos la partería indígena como un derecho, no como una práctica marginal (ANPMI, 2025).

- Que se garantice la protección de las personas defensoras del territorio, parteras, mujeres indígenas y activistas, para evitar el despojos masivo y desapariciones. Alto a la criminalización que el Estado, empresas transnacionales, extractivistas y el crimen organizado realizan contra las y los defensores del territorio y la lucha social (ANPMI, 2025).

La CONAMI y la ANPMI, junto con organizaciones de la sociedad civil como FOCA A.C., *Kinal Antzetik* A.C., Parteras de Chiapas *Sakil Nichim* A. C., Alianza Pediátrica Global (GPA),

Parteras de Guerrero, Red de Parteras del Estado de Oaxaca, entre otras, conformaron, a partir del año 2019, un frente común de resistencia a favor de una Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional. Este frente incluye a parteras tradicionales, autónomas, indígenas, mestizas, rurales y urbanas de los estados de Baja California, Chiapas, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Yucatán, Quintana Roo, y Querétaro<sup>74</sup>.

Los temas prioritarios de la Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México, giran en torno al: "... reconocimiento de la partería tradicional como forma de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuosa, no violenta y segura para las mujeres y los recién nacidos" (ANDPPT, 2024). Las demandas se centran en el ejercicio de su vocación sin coerción de las instituciones públicas, así como en la posibilidad de expedir los certificados de nacimiento estén o no adscritas a SSA. En congruencia con los siguientes instrumentos internacionales:

- Declaración de Alma Ata (1978), URSS (actual Kazajistán)
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989)

---

<sup>74</sup> Movimiento de Parteras de Chiapas *Nich Ixim; Sakil Nichim, Antzetik* Chiapas; Red Mexicana Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales de Morelos; Red Mexicana Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales; Red Autónoma de Médicos y Parteras Tradicionales de Michoacán; "Manos Unidas"-Casa de la Mujer Indígena, Ometepec, Guerrero; "Nellys Palomo Sánchez" Casa de la Mujer Indígena, San Luis Acatlán, Guerrero; *Ikoobs Mondüy Andeow* SSS- Casa de la Mujer Indígena, San Mateo del Mar Oaxaca; Parteras tradicionales región Istmo, Oaxaca; Parteras tradicionales ancestrales de Cuernavaca, Morelos; Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México (AMICAM); Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígenas (ANPMI); Alianza Pediátrica Global (GPA); Formación y Capacitación A.C. (FOCA); *Camati* "Mujeres construyendo desde abajo"; *Kinal Antzetik* Distrito Federal A.C.; El Despertar de las Mujeres que Curan- Organización de Médicas Tradicionales del Oriente Yucatán; *Noche Zihuame Zihuachikahuac* A.C.-Casa de la Mujer Indígena, Chilapa, Guerrero; *Mím Tsabal* Parteras; Mujeres en Defensa de las Mujeres. *Naxihi Na Xinxé Na Xih-* Casa de la Mujer Indígena, San Quintín, Baja California; *Umuukiil kooleloob MaríaUicab*, Casa de la Mujer Indígena, Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo; APIS sureste; Comité Promotor por una Maternidad Segura; Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C. (<https://pacificosur.ciesas.edu.mx/parir-con-dignidad/>).

- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),
- Plataforma de Acción de Beijing
- Artículos primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Agenda Nacional para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional se moviliza frente a una estructura social de desigualdad, injusticias y violencias epistémicas, así como ante imaginarios sobre lo que es, o no es, la partería tradicional, e involucra al sistema de salud, y de manera central, al órgano legislativo.

En el ámbito nacional, se instrumentó la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016,<sup>75</sup> cuyo objetivo es regular los criterios y procedimientos para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido. Posteriormente, se dio a conocer el proyecto de la NOM-020-SSA-2024<sup>76</sup> y, más tarde, su versión actualizada y oficial, la NOM-020-SSA-2025, dirigida a los establecimientos de salud y orientada al reconocimiento de la partería en la atención integral materna y neonatal (DOF: 04/03/2025). Esta norma será analizada con mayor detalle en el capítulo cinco.

Las tendencias económicas y sociales globales han incidido en la configuración de las agendas de la salud reproductiva, mostrando dos vertientes con objetivos que parecen apuntar en direcciones opuestas: una a favor y otra en contra de la partería tradicional. Por un lado, las

---

<sup>75</sup> Esta norma considera a las parteras tradicionales como personal no profesional autorizado para prestar servicios de atención médica. En el marco legal de la partería tradicional, se señalan algunas medidas para garantizar el acceso y el acompañamiento de las parteras tradicionales a las mujeres embarazadas. Entre estas medidas se encuentran: Asegurar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras tradicionales puedan asistir a las mujeres embarazadas; Impartir cursos y talleres para sensibilizar al personal médico sobre la importancia de la partería indígena; Proporcionar a las parteras tradicionales los instrumentos necesarios para prestar sus servicios.

<sup>76</sup> PROY-NOM-020-SSA-2024 es un proyecto que establece los lineamientos de salud y la práctica de la partería en la atención integral materna y neonatal en México.

recomendaciones de priorizar los partos hospitalarios, promovidas por la OMS y el UNFPA, han contribuido, a largo plazo, al desplazamiento de la partería tradicional. Paralelamente, emergen iniciativas impulsadas por estas mismas agencias internacionales que buscan fortalecer la partería tradicional mediante el impulso de liderazgos indígenas que reivindican los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Acciones a favor tanto de la partería profesional como de la partería tradicional “capacitada” son financiadas por el UNFPA y la Fundación MacArthur. Estas agencias han apoyado el avance de la Agenda Política (CONAMI, 2012) en los ejes relativos a los derechos culturales, el territorio, la participación política, los derechos económicos y sociales, el derecho a la salud, los derechos sexuales-reproductivos, y el derecho a una vida libre de violencia, cuya reflexión contó con la participación de mujeres *ñahñuh* del Valle del Mezquital, en el estado de Hidalgo. Asimismo, la Fundación MacArthur subvenciona, a través de becas del Fondo Semillas, el fortalecimiento de liderazgos indígenas. Por otro parte, el UNFPA ha apoyado investigaciones orientadas a analizar la situación de la partería en países de América Latina.

En México puede rastrearse esta intervención en el área clínica desde la adopción del *Informe Flexner*<sup>77</sup>, a partir del otorgamiento de becas de la fundación Rockefeller para médicos mexicanos en Estados Unidos, con el objetivo de promover acciones sanitarias en el país y prevenir la propagación de enfermedades que pudieran poner en riesgo la economía de los países del norte. Una de las líneas de acción de la Fundación Rockefeller que tuvo un impacto significativo en el sistema mexicano de salud fue que esta se apegara a los lineamientos de los organismos internacionales de salud (Alarcón L. R., 2024). Estas orientaciones se reafirmaron

---

<sup>77</sup> El informe *Flexner* (nombrado así por el nombre de su autor) fue un documento de la Fundación *Carnegie* financiado por la familia Rockefeller, para evaluar los contenidos de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá con estándares científicos positivistas. Lo que consolidó la biomedicina como paradigma dominante.

posteriormente tanto por la afiliación de México en la ONU como los condicionamientos impuestos por el Banco Mundial.

Las investigaciones promovidas por la Fundación Rockefeller ha tenido una influencia significativa en la política sanitaria de los países de América Latina, incluyendo la formación de capital humano mediante la *Iniciativa de aprendizaje conjunto* (Jarillo, 2009). Dicho modelo sirvió como referencia para la formación de recursos humanos, y ha sido promovida por la Fundación MacArthur para elaborar diagnósticos y estrategias de impulso de la partería profesional en México. (Alarcón L. R., 2024).

En México, la Fundación MacArthur ha subvencionado investigaciones y proyectos de organizaciones de mujeres indígenas a través del Fondo Semillas, mediante el cual se fortalecieron liderazgos y se han impulsado acciones articuladas en torno a los temas de salud y derechos reproductivos; defensa de tierras y medio ambiente; y fortalecimiento de liderazgos. En relación con el primero –salud y derechos reproductivos-, los temas prioritarios han sido la reducción de la mortalidad materna, la educación sexual comunitaria y los derechos reproductivos.

Los recursos financieros proveniente de becas y subvenciones han sido, si no indispensables, al menos importantes para el fortalecimiento de liderazgos para la incidencia en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas. Esto ha permitido posicionar agendas propias en la arena política. Incluso, funcionarias que colaboran en la UNFPA o PNUD han sido aliadas de los procesos impulsados por la sociedad civil indígena.

Ante esta aparente contradicción, resulta necesario profundizar en la comprensión de las organizaciones, colectivos y liderazgos que se articulan con dinámicas regionales contra hegemónicas, surgidas en contextos de desigualdad, pobreza y subalternización epistémica.

En estos escenarios, las mujeres indígenas, en tanto sujetos políticos, toman decisiones en función de los recursos disponibles, las coyunturas y alianzas, como estrategias para superar sus condiciones de vida. A través de estas acciones, influyen en sus familias, comunidades y

colectivos, movilizándose a contracorriente de las inercias culturales y sociales, tanto comunitarias como estructurales.

### **3.3.4 Vinculación con el Sector Salud.**

- [La partería]...va más allá del conocimiento empírico que han aprendido [las parteras], porque también hablan de la abuela, de la bisabuela; tiene que ver más con esa parte humanista, porque hay más entendimiento, más comprensión, más cuidado, [ya que, las parteras] siempre las procuran, y no solamente es el cuidado durante el embarazo o el parto sino los cuidados posteriores al parto (Enfermera, Jurisdicción Sanitaria Otomí-Tepehua, comunicación personal, 2022)
- Ahora las parteras casi no tenemos trabajo, porque nos dicen siempre que llevemos a las mujeres a la clínica. Nos meten miedo, de que, si se nos muere alguien, nos meten a la cárcel. Por eso, yo ya no traigo niños al mundo, solo si sé que la mujer no va a llegar al hospital, entonces si la ayudo (MaHAV, comunicación personal, 2020).

Este apartado aborda el trabajo de vinculación y las acciones de los programas de enlace con parteras a cargo de la Jurisdicción Sanitaria XIII (SSH) e IMSS Bienestar, hasta el 2024. Durante los dos últimos años previos a esta fecha, ambos sistemas se encontraban en proceso de fusión, como respuesta al Decreto federal (DOF: 11/10/2023).

En este proceso, la estructura, la organización jurisdiccional, los programas, las acciones y la cobertura territorial se encontraba en redefinición, consistente en ajustes de recursos humanos, redistribución de cargas de trabajo de acuerdo a la operación de los programas, ya que, la coordinación de la Jurisdicción Sanitaria XIII trasladó responsabilidades a la Jurisdicción Sanitaria II, con sede en Tulancingo, siendo una ubicación considerablemente distante de la SOT y de la población con la que habían afianzado su trabajo. A la par de esta coyuntura, la

participación comunitaria es cada vez más escasa debido al retiro de los PTC dirigido a las madres de familia.

Hasta el año 2022, las acciones estuvieron coordinadas a nivel federal por la Dirección de Primer Nivel de Atención, en el marco del Programa de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)<sup>78</sup> En el ámbito estatal, dicha coordinación se vinculó con las acciones de la jurisdicciones sanitarias y de la Subsecretaría de Prestación de Servicios, en consonancia con el Programa Sectorial de Salud 2016-2022 de los SSH, el cual, en su apartado 4, sobre Salud Materna, establecía objetivos generales de plataforma estratégica:

4.3 Consolidar la calidad del continuo de la atención materna con enfoque de riesgo e interculturalidad.

4.3.1 Fomentar la capacitación y certificación de las parteras tradicionales para la identificación de signos y síntomas de alarma obstétricos.

4.3.2 Promover y fortalecer el programa de parto humanizado en todas las unidades hospitalarias del sector (SSH, 2016, p. 26).

En este marco, la Jurisdicción Sanitaria XIII operó hasta el 2023 con 27 centros de salud y 8 caravanas, con una cobertura territorial delimitada. Cada centro de salud tenía a su cargo un número de localidades. En esta área de cobertura, una de las principales acciones se centró en la capacitación de parteras, en los temas de salud neonatal y reproductiva, específicamente en planificación familiar -implantes DIU, pastillas anticonceptivas, y “parto limpio”-, así como en protocolos de reducción al riesgo obstétrico e insistencia en el chequeo médico preventivo y parto hospitalario.

---

<sup>78</sup> Contemplado dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2013-2018).

Un ejemplo de acciones orientadas a la reducción de factores de riesgo es el Programa de Madrina o Padrino Obstétrico. Si bien la estrategia de los SSH<sup>79</sup> establecía que cualquier familiar o integrante de la comunidad podía desempeñar el papel de acompañamiento y apoyo de la gestante, en la práctica es papel era asumido –en muchos casos- por la partera, debido a su vinculación con los centros de salud y conocimiento del proceso de gestión y referencia al albergue AME de San Bartolo Tutotepec.

En este sentido, para el personal de la Jurisdicción Sanitaria XIII, la partera ha sido considerada una aliada de trabajo que actúa como enlace, apoyando en la identificación y monitoreo de mujeres embarazadas durante la gestación para su referencia clínica. A través de acciones de acompañamiento, las parteras han coadyuvado a la actualización de los censos domiciliarios y el fortalecimiento de la vinculación comunitaria, contribuyendo al cumplimiento de las metas institucionales, mediante el monitoreo, alertan sobre aquellas gestantes en quienes advierten riesgos de salud o posibles complicaciones durante el parto, refiriendo todos los casos a la atención clínica.

Desde la perspectiva del personal de salud, las parteras no representan un riesgo en la atención de partos normales; sin embargo, lo que sí se considera una amenaza es su presunto desconocimiento de los protocolos de actuación en casos de emergencia, es decir, en situaciones que comprometen la vida de la madre y del nonato. Ante la falta de infraestructura y de recursos suficientes, la opción estrategia ha sido aplicar un criterio generalizado de atención clínica, con el fin de asegurar la atención oportuna y el cumplimiento de las metas institucionales.

... imagínese en San Ambrosio, el escenario en la madrugada atendiendo un parto que viene de piecitos, y que no va a salir, y en lo que llega acá al hospital, pues

---

<sup>79</sup> La Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), implemento la estrategia denominada “Madrinas o Padrinos Obstétricos” que involucró sujetos comunitarios locales y personal de salud, sobre todo, en comunidades rurales o altamente marginadas. La Subsecretaría de Prestación de Servicios de la SSH capacitaron a Madrinan o Padrinos Obstétricos para para elaborar un plan de seguridad ante alguna emergencia.

puede fallecer, si no están capacitadas no van a identificar los datos de alarma, por ejemplo, una paciente con preeclamsia. Actualmente ellas saben tomar la presión, y si tienen la presión alta inmediatamente avisan al médico, y si no supieran eso, entonces [la situación] se convierte en un riesgo (Médica, Jurisdicción XIII, comunicación personal, 2022).

Por lo anterior, una de las acciones prioritarias han sido las capacitaciones. Estas concentraciones también han cumplido el propósito de reiterar las funciones y restricciones que norman la actividad de las parteras. En estos espacios, representantes del sector salud sugieren evitar determinadas prácticas, como el uso de la herbolaria en infusiones, los masajes en el vientre, y en el caso de San Nicolás y San Pablo, también advierten sobre el *n' tifi* –práctica realizada en el temazcal, descrita más adelante- al considerarlo antihigiénico y potencial fuente de infecciones. Para las parteras las capacitaciones también han constituido espacios de compartencia entre pares, como bien lo expresan:

- Iba a pláticas cada dos meses a Metepec, al Centro de Salud; también fui a cursos a Pachuca, San Bartolo y Sinaloa (GGC, comunicación personal, 2020).
- Voy a cursos cada mes a la clínica, he ido a Sinaloa y Veracruz (a la capacitación) (HBSH, comunicación personal, 2020)
- Cuando era joven no [asistía a capacitación]. Sí me capacité como auxiliar de salud, pero casi no me pagaban. Me fui a hacer el curso a San Andrés. Ahora las enfermeras de San Bartolo van a San Andrés a darnos información. Nos piden que no atendamos a las parturientas, sino que las mandemos al doctor (MaHAV, comunicación personal, 2020).
- Tanta capacitación una se espanta -digo-, [antes] atendía 13, 14 partos al mes, hace como veinte años. Sí, nos dan todo el material, pero ya no nos dejan atender. Siete años tiene el último parto que atendí. Nunca me han

dicho que no, nomás que “no se les vaya a morir él bebe”, “no, se les vaya a morir la mamá”, con eso espantan a una. No está prohibido que atienda partos, porque el permiso todavía lo tengo. Apenas vinieron unos gringos a capacitarnos en febrero, nos dieron mochilas, nos dieron todo bien equipado, ¿Para qué nos equipan, si ya no atendemos? (ECJ, comunicación personal, 2024)

En otro orden de ideas, hasta hace dos décadas, tanto la Región Otomí-Tepehua como Huejutla, representaban focos rojos de muerte materna en el Estado de Hidalgo. Ante este escenario, la respuesta institucional consistió en la implementación de una estrategia de carácter urgente, que comenzó con la revisión de los eslabones de la cadena de atención y, de manera paralela, con la intensificación de difusión y de acciones preventivas a nivel comunitario a través de los centros de salud con el apoyo de las parteras. El resultado fue evidente, los indicadores generales reportaron una tendencia a la baja a partir del 2019, con un pico durante el año más álgido del COVID (Jurisdicción sanitaria, 2022).

Tabla 16. Comparativo de Muerte Materna 2005-2023. Sub Región Otomí-Tepehua

	2005-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2023	TOTAL
Huehuetla	7	2			9
San Bartolo Tutotepec	3	1	2		6
Tenango de Doria		2		1	3
TOTAL	10	5	2	1	18

Elaboración propia con base a los Registros nominales de muerte materna por año 2005-2023

Sin embargo, las estrategias situadas para la reducción de la mortalidad materna alimentaron, de manera colateral, una laguna hermenéutica al excluir a las parteras tradicionales de la atención directa en el parto. Esta exclusión invisibilizó su papel como agentes de intervención comunitaria y como articuladoras entre sistemas culturales. En la percepción del personal de salud institucional involucrados en los diferentes niveles (operativo, administrativo y directivo), las parteras tradicionales son el eslabón más débil en la atención sanitaria, al situarse

al margen del sistema, por lo que, cuando ocurre una muerte materna el deslinde de responsabilidades suelen derivar en señalamientos hacia sus prácticas. El silenciamiento de sus voces, su presencia y el papel que han jugado en la salud comunitaria regional, ha dado lugar a la estigmatización de la práctica tradicional al clasificarla como factor de riesgo. Dicho prejuicio epistémico se articula al género, la etnicidad y la edad, potentes recovecos de la violencia epistémica.

A esto, Miranda Fricker (2017) denomina injusticia hermenéutica, es decir, al vacío creado de la incomprensión de sistemas culturales en posición asimétrica. José Medina (2013), lo denomina epistemología de la ignorancia, al referir a nociones y narrativas construidas desde el prejuicio sobre perspectivas subalternas de conocimiento, que se traducen en un prejuicio estructural y sistemático que se retroalimenta, derivada de la ausencia de recursos interpretativos de la cultura de raíz occidental en la comprensión de otros mundos de vida.

El personal sanitario de la jurisdicción está consciente de que las parteras son de edad avanzada, ya que padecen enfermedades crónicas -como diabetes e hipertensión- y que, conforme pasa el tiempo, hay más ausencias en las capacitaciones. No obstante, en las localidades, pese a la restricción institucional, las mujeres embarazadas continúan demandando sus servicios.

Por otro lado, si bien, existe una reducción cuantitativa de MM, las determinantes sociales de la salud continúan prevaleciendo. A la par, se han incrementado los casos de cesárea y la violencia obstétrica es una constante casi normalizada como parte de la atención clínica.

En resumen, la experiencia de la partería indígena en la Sierra Otomí-Tepéhua revela que los procesos de regulación y apoyo institucional a nivel local no son neutrales, sino que las tensiones también reflejan un entramado de intereses, necesidades y creencias, de parteras, comunidad y personal de salud de los diferentes niveles administrativos.

En este sentido, las sesiones de capacitación también se constituyeron en espacios de convergencia, donde el conocimiento, las expectativas y las resistencias se entrecruzan, dando

lugar a formas de compartencia, negociación y reinterpretación del conocimiento biomédico desde las experiencias comunitarias. A partir de esta complejidad, el siguiente capítulo se centra en la capacitación como un espacio de encuentro, con el objetivo de comprender sus alcances y las contradicciones que surgen de las tensiones entre el reconocimiento formal y las restricciones institucionales.

### **3.3.5 Espacios de compartencia y capacitación**

Uno de los ejes de acción y vinculación del sector salud, con las parteras tradicionales ha sido la capacitación periódica. La de mayor relevancia es la regional que se realiza una o dos veces al año, dependiendo de los planes operativos programados y el presupuesto de que disponen el sector salud. Para ello, se convocaba a las parteras por área de cobertura, que podría ser de la SSH<sup>80</sup> o del IMSS. Hasta el 2022, la mayor parte de las localidades de la subregión estaban bajo el área de cobertura de la SSH, a través de la jurisdicción sanitaria XIII.

**Figura 21.** *Conocimientos complementarios*



Implementos de trabajo de la partera ECJ. Fotografía original de la autora, 2023.

---

<sup>80</sup> Hasta el 2022 la mayor parte de las localidades estaban en el área de cobertura de la SSH a través de la jurisdicción sanitaria XIII Tenango de Doria. El IMSS tenía sus propias acciones de capacitación en dónde se convocaba a las parteras tradicionales del área de su competencia. La sede se encuentra en Ometepec, en el Altiplano de la Sierra.

Las capacitaciones suelen reunir a parteras de diferentes comunidades que, por sus cargas de trabajo y las distancias, difícilmente encontrarían tiempo y recursos propios para encontrarse fuera de este ámbito, por lo que este se configura como un espacio de actualización de saberes tradicionales entre pares y de intercambio de experiencias. Como tal, representa un espacio fuera de lo cotidiano y de reencuentro entre pares que han transitado desde hace tres décadas por este proceso. En este apartado se rememoran dos capacitaciones: la primera, realizada después de la pandemia, y la segunda, llevada a cabo antes de esta.

**Figura 22.** *Parteras de la Sierra Otomí-Tepehua. Espacio de Compartencias*



Capacitación de parteras, Jurisdicción Sanitaria XIII. Tenango de Doria, UICEH. Fotografía original de la autora, 2017.

En noviembre del 2022, se llevó a cabo la primera capacitación regional después de una suspensión de dos años debido a la pandemia de COVID-19. Al evento asistieron 15 de 33 parteras registradas por la Jurisdicción Sanitaria XIII de los seis municipios que integran la SOT (Acaxochitlán, Agua Blanca, Ometepec, Tenango de Doria, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla).

Esta vez, la sede fue la cabecera municipal de Huehuetla. Las procedencias fueron diversas: las señoras Chuy y Eduviges llegaron desde Acaxochitlán; otras, como Manuela provenían de San Ambrosio; la Sra. Juana de San Guillermo, y María de la cabecera –Todas ellas de Huehuetla-.

El evento se desarrolló de una manera fluida. Las mujeres asentían durante la mayor parte de las explicaciones, en expresión de entendimiento y aprobación de lo que escuchaban, a la vez que intervenían con experiencias propias. Las médicas que facilitaron la capacitación hablaban con pausas para dar cabida a las precisiones y anécdotas de las participantes;

actuaban con empatía y familiaridad con las parteras, nombrando técnicamente los procedimientos que con sus propias palabras las parteras comentaban entre sí.

El conocimiento de las primeras proviene tanto de la experiencia en sus mundos de vida como de las capacitaciones a las que han asistido, no solo por parte de la Jurisdicción, sino también de otras instancias, como el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), fundaciones y e instancias religiosas. Algunas de ellas contaron que habían asistido a encuentros nacionales en Pachuca, Ciudad de México e incluso Sinaloa.

Al final de la sesión, una de las parteas, se acercó y recargó los codos sobre la mesa que yo ocupaba. Mientras entablábamos una plática de temas generales, aproveché la ocasión para preguntarle: *¿Cuándo fue el último parto que atendió?* Bajó la voz y, en un susurro, me confió: *Ahora ya no nos dejan* (Huehuetla, 2022). La declaración anterior ha sido una constante en los testimonios de las parteras.

La segunda experiencia que se describe fue previa a la pandemia, durante en 2017; igualmente, se trató de una capacitación regional organizada por la Jurisdicción local en los espacios de la UICEH. Por este motivo, se nos permitió un momento para aplicar técnicas participativas, a fin de indagar sobre la percepción de su quehacer y lo que para ellas sería una problemática en salud reproductiva.

En este marco, coincidían en señalar como problemáticas: la restricción impuesta por el sector salud sobre su intervención en los partos. La percepción irregular de una beca, condicionada al registro en alguna de las instancias del sector salud, en este contexto el pago por sus servicios estaba a cargo de las familias y a veces esta retribución era en especie.

En el tema de salud reproductiva, para ellas representaban un foco rojo en sus respectivas comunidades el embarazo adolescente; que si bien, en la cultura otomí el embarazo a edad temprana no es excepcional, desde su perspectiva se presentaba como un factor de riesgo. Esto, en parte, puede explicarse por la información compartida en las capacitaciones sobre los riesgos fisiológicos y sociales. Pero en este caso, su preocupación va más allá.

Para las parteras, esta preocupación se centra en que se trata de madres adolescentes –algunas casi niñas- que viven sus embarazos en soledad e incertidumbre y, que, en ocasiones lo mantienen oculto hasta el momento del nacimiento. Como consecuencia, no recibían ningún tipo de consejería, monitoreo o atención, y solo acuden a las parteras hasta en el momento urgente del parto, por lo que, en algunos casos, las parteras se habían visto obligadas a intervenir.

En otros casos, las adolescentes, por desconocimiento o por decisión propia, no dan seguimiento a su proceso de gestación sino hasta etapas avanzadas o incluso hasta el momento del parto. En otro orden de ideas, las parteras también reconocieron que una de las problemáticas más persistentes es la violencia que las mujeres padecen durante el embarazo por parte de sus parejas, situación que afecta su bienestar emocional y el proceso de gestación.

En este mismo espacio, las parteras admitieron intervenir en acomodos y, en algunos casos, haber improvisado incubadoras con agua caliente contenida en botellas de vidrio, con el fin de mantener a salvo a los bebés mientras eran referidos a un hospital o centro de salud.

En cuanto a la infraestructura médica, señalaron la escasez de insumos, medicamentos, equipamiento y personal de salud en las unidades rurales (centros y casas de salud).

En ambas capacitaciones institucionales, tanto en el periodo previo como posterior a la pandemia, la relación con las parteras tradicionales se caracterizó por un interés genuino por la escucha de sus experiencias por parte de los facilitadores. Pero, centrado en su labor de persuasión a fin de relegar las prácticas que consideran de riesgos.

Por su parte, las parteras con reservas reconocieron el uso necesario y práctico de sus conocimientos para el acomodo de la matriz, el aceleramiento del parto, la intervención en abortos, la atención a la fertilidad, la reducción de los cólicos menstruales y la anticoncepción.

A la vez que valoran las capacitaciones impartidas tanto por el Sector Salud, como por actores laicos de la Iglesia católica y fundaciones de la sociedad civil como parte de su proceso formativo. En este sentido, dichas experiencias les ha permitido coadyuvar en la mejora de las

condiciones de vida de la población, aun cuando su papel ha sido poco valorado en su justa dimensión.

**Figura 23.** *Taller con parteras tradicionales de la SOT*



Parteras en taller de capacitación y diagnóstico, UICEH. Fotografía original de la autora, 2018.

En este mismo espacio, se llevó a cabo un sondeo con médicos y enfermeras sobre las problemáticas de mayor incidencia epidemiológica en salud reproductiva, con base a su experiencia en la SOT. Es relevante observar que la percepción se concentró en los aspectos fisiológicos y patológicos.

Al igual que las parteras, coincidieron en señalar el embarazo adolescente como un tema prioritario. Asociado a ello, observaron un incremento del consumo de drogas (sobre todo “cristal”), alcohol y tabaco entre mujeres jóvenes, y por ende, la posibilidad de daños neurológicos en el feto<sup>81</sup> y en la madre. La preocupación compartida sobre el embarazo adolescente puede estar influenciada por las metas y agendas institucionales, y ejes de acción estratégicos de los planes institucionales de salud. Lo interesante de ello, es la interpretación de la problemática.

Desde la perspectiva del personal sanitario, las problemáticas de la salud reproductiva están asociadas al entorno de las usuarias, es decir, la higiene, los hábitos y formas de vida de la población, señalando la deficiente alimentación y la desnutrición de las mujeres embarazadas.

---

<sup>81</sup> En el trabajo de campo en abril de 2024 en el mes de abril se pudo constatar la preocupación de docentes de primaria y secundaria sobre el incremento alarmante del consumo de cristal entre jóvenes y niños/as en las localidades de San Andrés Huehuetla y San Esteban, San Bartolo Tutotepec.

A la par, que registran la persistencia de barreras culturales, manifiestas en la desconfianza de las usuarias hacia los servicios de salud.

En cuanto a la atención materna, señalaron que las enfermedades y condiciones de salud prevalente en las mujeres que acuden a consulta prenatal determinan que, en su mayoría, los partos sean categorizados como partos de alto riesgo. Padecimientos como la hipertensión, la anemia, las infecciones de vías urinarias, la vaginitis y la diabetes gestacional pueden derivar en preeclampsia, eclampsia o hemorragias obstétricas y, en casos extremos, en choques hipovolémicos.

Por ello, no resulta extraño que, ante contextos de precariedad de vida que inciden en las condiciones de la salud de las gestantes, las opciones médicas más recurridas sean la cesárea, en tanto se consideran partos de alto riesgo.

A manera de conclusión: De este breve repaso queda en evidencia la incapacidad del Estado mexicano para diseñar una política pública que integre perspectivas epistémicas distintas a la hegemónica y que, al mismo tiempo, armonice con los marcos jurídicos establecidos en los instrumentos normativos nacionales e internacionales previamente mencionados. En Hidalgo, al igual que en otros estados:

...se constata una suerte de cruzada institucional orientada a la desaparición o, en dado caso, al control-cooptación de las parteras. Es habitual que desde las propias instituciones de salud y programas sociales se replique la persecución a la partería y, aunque no exista una legislación que declare como ilegal la actividad de las parteras, en la práctica, se les prohíba la atención de los partos (Lozano & Covarrubias, 2019, p. 19)

Sin embargo, las parteras tradicionales no se oponen a la biomedicina ni a su intervención, pues reconocen su impacto benéfico. Incluso, han existido experiencias de complementariedad orientadas a responder a necesidades situadas que emergen en el quehacer comunitario, en las cuales intervienen ambos sistemas médicos (MMH y MMS). Un ejemplo de

ello se encuentra en las Unidades Médicas Rurales, donde médicos y parteras locales actuaron en alianza para responder a las necesidades de las mujeres gestantes de la Sierra; experiencias que, no obstante, permanecieron en gran medida invisibilizada o pasaron desapercibidas.

En otro espacio, contexto e historia, las Casas de la Mujer Indígena han articulado propuestas que integran ambos sistemas médicos. Estas iniciativas han resultado efectivas en el ámbito local, en tanto se instrumentan desde una visión subalterna, es decir, desde abajo.

Tanto las parteras tradicionales activistas en procesos políticos de resistencia como las de la Sierra Hidalguense comparten un quehacer que no solo las sitúa en los procesos de reproducción biológica, sino que, en su dimensión afectiva, contiene un potencial descolonizador al posibilitar la continuidad de saberes y ontologías relacionales a través de la *praxis* afectiva. Se comprende el trabajo afectivo como el conjunto de acciones necesarias -labores, procesos, técnicas y conocimientos puestos en marcha- para el relacionamiento con las y los otros desde lo común y lo cotidiano "...bajo lógicas distintas a las de la racionalidad instrumental del capital, es decir la reciprocidad, la relacionalidad y la solidaridad" (Palomino, 2020, p. 186).

En conjunto, estas experiencias de articulación entre sistemas médicos y prácticas de la partería tradicional evidencian que esta no constituye un saber residual o estático, ni un obstáculo para la atención en salud, sino un campo de conocimiento que se reconfigura a partir de su relación con las instancias institucionales de salud, usuarias, la comunidad y el territorio, desde una *praxis* afectiva y relacional.

En este marco, el siguiente capítulo aborda la especificidad de las parteras tradicionales de la Sierra Otomí-Tepehua desde una aproximación etnográfica, que permite acercarse a sus conocimientos, prácticas y procesos de cuidado de la gestación. Esta exploración sitúa dichos conocimientos en el entramado de la vida comunitaria, considerando las condiciones materiales, simbólicas y afectivas que configuran su quehacer.

#### 4 Yä hyēki (La que corta)

Ahora las parteras casi no tenemos trabajo, porque nos dicen siempre que llevemos a las mujeres a la clínica; nos meten miedo, diciéndonos que, si se nos muere alguien, nos meten a la cárcel. Por eso, yo ya no traigo niños al mundo. Solo si sé que la mujer no va a llegar al hospital, entonces sí la ayudo (MaHAV, comunicación personal, 2020).

Este apartado persigue dos objetivos. El primero es situar a las parteras en el marco de los procesos regionales como contexto de las dinámicas familiares y del ejercicio de sus prácticas como parteras, en un espacio territorial y un lapso de tiempo determinado. El segundo, es recuperar la narrativa testimonial de las parteras sobre sus conocimientos, prácticas y sentidos de vida.

Según Nates (2011a, 2011b), los procesos regionales ubicados geopolíticamente en la periferia se dinamizan a partir de su relación con el centro, bajo una lógica económica que responde al modelo neoliberal. A su vez, en la escala local, dichos procesos se encuentran vinculados y entrelazados con las decisiones que se toman desde la unidad doméstica para enfrentar la precariedad económica en dos dimensiones: la simbólica-espiritual y la económica. Esta última se entiende como la administración de los bienes disponibles -parcela, vivienda, acceso a recursos naturales, ingreso salarial, fuerza de trabajo, entre otros-. En este contexto, el conocimiento del entorno biocultural, junto con las prácticas de uso, manejo y significación de los recursos, constituyen un conjunto que se ponen en marcha en estos contextos de marginación y precariedad de vida familiar de las parteras.

En lo que refiere a la partería en la subregión, la intervención gubernamental estatal se desplegó en dos fases: la de instrumentalización (1986-1994) y la de estigmatización (1994-2024). La primera refiere al periodo en que las parteras de la subregión aceptaron vincular su trabajo con el sector salud durante en el segundo quinquenio de la década de 1980, momento

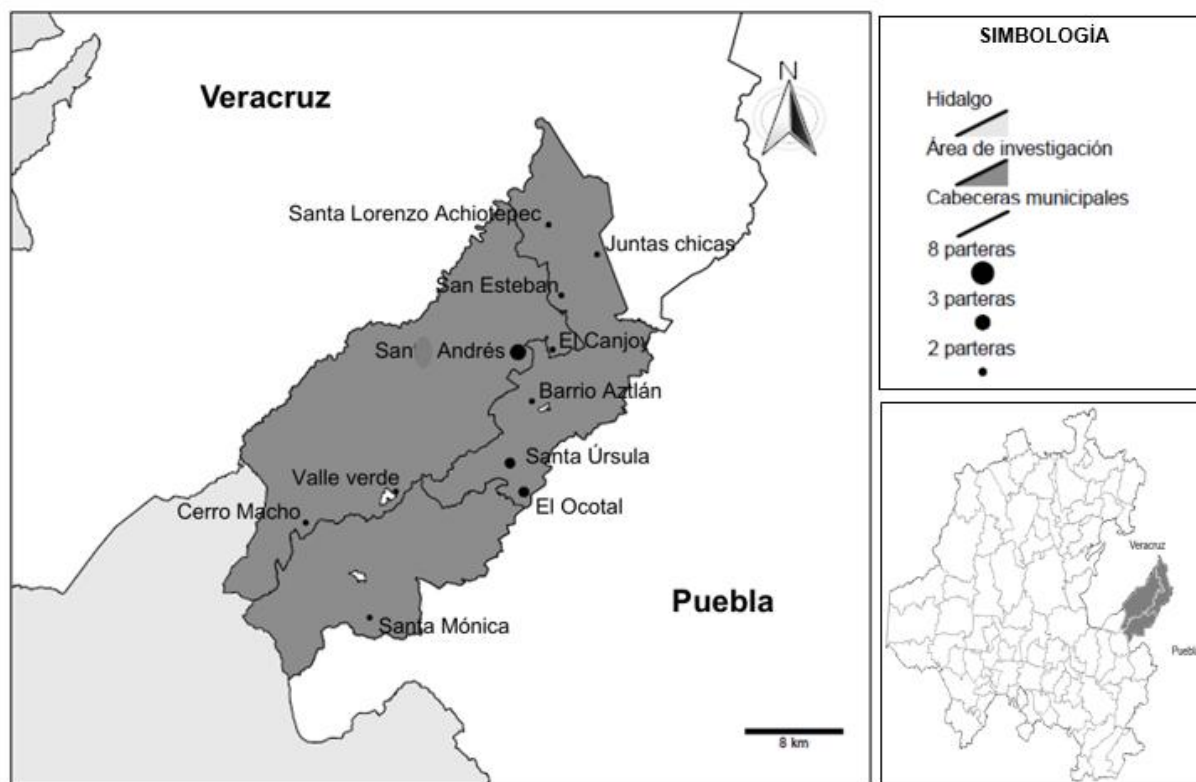
en el que sus respectivas familias estaban en proceso de expansión, y ellas mismas comenzaban su práctica a partir de su primer o segundo embarazo.

Si bien, la partería formaba parte del conjunto de sus actividades, en este momento adquirió mayor relevancia por el aporte que las parteras significaban para sus familias en términos económicos y a la propia comunidad con su quehacer vinculado al sector salud por su capacidad y posibilidades de gestión ante la institución. Esto contribuyó, aunque de forma austera a la economía familiar, cuyo eje productivo era la parcela familiar propia o rentada.

El segundo momento, que abarca de 1994 a la fecha, corresponde a un proceso de estigmatización y desplazamiento epistémico. Este último coincide, en sus ciclos de vida, con la fase de reemplazo familiar<sup>82</sup>, ya que la mayoría de las parteras rebasan los setenta años, y sus hijos e hijas han conformado otras familias que residen en los mismos solares, o bien han migrado a otras localidades, cabeceras municipales e incluso a los Estados Unidos, desde donde mantienen una relación afectiva y económica.

---

<sup>82</sup> Para Meyer Fortes (1958) un grupo doméstico pasa por tres fase de desarrollo: expansión, dispersión o fisión y reemplazo, otros autores como agregan la fase de formación. Estas fases están vinculadas a los cambios biológicos y repercuten en las funciones económicas que deben desempeñar los miembros de la UDC. Estos tipos no son fijos, ni lineales, ya que estos varían de acuerdo a los contextos culturales y necesidades de la UDC y/o familia. Estos procesos determinan la disponibilidad del recurso más importante, el del trabajo familiar, y por otra parte significa un cambio constante en la relación entre el número de consumidores y trabajadores.

**Figura 24.** Mapeo de ubicación de parteras tradicionales por localidad

Nota: Elaboración de mapa Biólogo Óscar A. Molina, con base a la ubicación de las parteras tradicionales. En el mapa se señalan localidades de 8, 3 y 2 parteras de los municipios de la SOT.

**Tabla 17.** Localidades con más de dos parteras de la Subregión

Municipio	Localidades	Núm.
Huehuetla	Juntas Chicas	2
	San Lorenzo Achioteppec	2
	Ocotál	3
	Barrio de Aztlán	2
	San Esteban	2
	Santa Úrsula	3
	Canjoy	2
San Bartolo Tutotepec	San Andrés	8
	Valle Verde	2
	Santa Cruz	2
Tenango de Doria	Cerro Macho	2
	Santa Mónica	2

Nota: Elaboración propia con base a información de la Jurisdicción XIII, Tenango de Doria y el trabajo de campo.

Los dos municipios de la subregión con el mayor número de parteras son San Esteban y San Andrés de los municipios Huehuetla y San Bartolo.

Tabla 18. Parteras de San Esteban, Huehuetla y San Andrés, San Bartolo Tutotepec

Municipios	Localidad		Parteras	Edad
Huehuetla	San Esteban	2	Gonzala Tolentino Ramos	85
			Florentina Tolentino	65
			Paola Mendoza Velasco	80
			Efigenia San Agustín Mendoza	73
			Virginia Barrón Ramírez	56
San Bartolo Tutotepec	San Andrés	8	Modesta Tolentino Casiano	61
			Cecilia Tolentino Licon	70
			Julia Solís Mérida	56
			Aquilina San Agustín Mérida	86
			Evarista Solís Mérida	63

Nota: Los dos municipios de la subregión con el mayor número de parteras son San Esteban y San Andrés de los municipios. En el mapa están marcados. Fuente: elaboración propia (2023-2024)

#### 4.1 Reproducción social de la vida cotidiana

El trabajo de las parteras tradicionales, tanto en sus dimensiones práctica como espiritual y emocional en el cuidado de las otras, ha sido obviada debido a la cercanía, gratuidad y obligatoriedad (Palomino, 2020, p.192) que caracteriza su labor en la familia y la comunidad; así como su inscripción en los roles de género y la división sexual del trabajo.

De este modo, los saberes, las terapéuticas y las afectividades movilizadas en el cuidado de las y los otros son percibidos como inherentes al ser mujer, a la maternidad e incluso al “don” sobrenatural, desestimándose su componente económico y social, ya que, es trabajo invertido en la generación de condiciones y recursos para la reproducción del conjunto familiar y comunitario, es esfuerzo conlleva desgaste corporal y emocional, a la par que genera valor social (Zibecchi, 2014; Arango Gaviria, 2014).<sup>83</sup> La contribución de la dimensión económica-afectiva de

<sup>83</sup> Economía del cuidado, es un concepto derivado de las perspectivas de la economía feminista que, desde los años setenta, pugna por visibilizar el trabajo de cuidado remunerado o no, que las mujeres realizan para el sostén de la vida familiar o comunitaria. Rodríguez Enrique, lo define como el estudio de todas las actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas, particularmente

las parteras debe contextualizarse en los niveles familiar, comunitario y regional, en el marco de las relaciones locales y de las dinámicas de intervención estatal y reconfiguración social y cultural.

En la vida de las parteras, este proceso ha implicado asumir una simultaneidad de actividades dentro y fuera del hogar, dividiendo su tiempo entre capacitaciones convocadas por el sector salud, el acompañamiento a las parturientas, el quehacer doméstico en el hogar, el cuidado de los huertos de plantas medicinales y de animales de traspatio, la responsabilidad de la crianza de los hijos, la atención de la salud propia y familiar, además de asumir las tareas condicionadas de los PTC para el beneficio familiar, así como el desempeño como gestoras e intérpretes lingüísticas y culturales frente al sector salud, entre otras tareas.

En este contexto, las familias de las parteras, en su conjunto y en tanto insertas en red de relaciones y dinámicas regionales, han tendido a la diversificación de actividades como estrategia de vida para hacer frente a los desafíos de cambio. Entendiendo que lo que ha sustentado la reproducción familiar en su conjunto, ha sido el aporte de cada uno de sus miembros, incluyendo hijos/as aptos para actividades dentro y fuera de la unidad doméstica, así como los saberes, habilidades y capacidades que cada integrante esté en posibilidad de aportar. Este aporte depende también de las condiciones ambientales, de la cercanía y relación con el mercado laboral y de la posibilidad de acceder a programas de apoyo al campo y programas multisectoriales, entre estos, los Programas de Transferencia Condicionada (PTC).

En esta lógica, la línea de tiempo de los últimos cuarenta años de la historia local está marcada por momentos clave, entre los que destacan la apertura de la carretera; el auge y posterior crisis de la producción cafetalera; la intervención del Estado a través de programas

---

de las especificidades del trabajo de las mujeres, tanto en la esfera reproductiva como en la reproductiva (2015, pág. 31)

sectoriales; el incremento de la migración juvenil hacia la zona metropolitana de la ciudad de México y Estados Unidos; y el abandono paulatino del campo.

En el ámbito de la salud, estos procesos se entrelazan con el avance de la infraestructura clínica, y la implementación de acciones de cooptación de parteras y agentes de la medicina tradicional, tendientes a su instrumentalización como recursos humanos.

Este escenario de transformaciones incidió de manera significativa en las decisiones familiares relativas a la distribución, apropiación y reproducción de los activos familiares disponibles, así como en la reconfiguración de las percepciones en torno a la reproducción, la salud materna-infantil y las formas de atención. Aquí se presentan algunos casos concretos:

La partera AMSA, de 86 años es viuda desde hace ya varios años y conserva una fotografía de su esposo enmarcada en una de las paredes de su casa, la cual consta de dos cuartos. Tuvieron seis hijas y un hijo. Dos de ellas, ESM y JSM continuaron con la partería: la primera, ya casi no ejerce en la actualidad, mientras que la segunda se formó como enfermera técnica; no obstante, se encuentra registrada ante el sector salud como partera tradicional.

AMSA se vinculó al sector salud como partera tras ser designada para ese cargo en una asamblea comunitaria, alrededor de 1986, esta actividad la desempeño desde sus veinte años. En ese momento, su esposo trabajaba como aserrador y músico en la comunidad de San Andrés, y la familia contaba con una pequeña parcela para el maíz de autoconsumo.

Sin el apoyo de su hija mayor, AMSA difícilmente habría podido asistir a las capacitaciones del COPLAMAR, ya que, mientras ella atendía las exigencias institucionales y comunitarias, su hija asumía parte de las labores domésticas y el cuidado de sus hermanos menores, además de desempeñar el papel de aprendiz al asistir a su madre en la atención de los partos.

**Figura 25. Estrategias para la reproducción de la vida**



Actividades económicas, San Andrés, Mpo. San Bartolo, Tutotepec.  
Fotografía original de la autora

A casi cuarenta años de aquellas capacitaciones, su esposo ha fallecido y AMSA sobrevive de manera precaria mediante el bordado de *tenangos*, además de la venta de abarrotes básicos, que acomoda en una pequeña antesala de su casa. Su hogar se encuentra en el mismo solar que comparte con las familias de sus dos hijas; entre ellas, su hija mayor, quien ahora vive ahí con su propia familia.

Sus ingresos son mínimos y su salud endeble. No obstante, cuenta con el apoyo de su familia, con la que conforma una red de apoyo afectivo y económico. Si bien las parteras fueron beneficiarias de los Programas de Transferencia Condicionada en sus modalidades de Prospera, Progresá, Oportunidades, en la actualidad su subsistencia se supedita al Programa 65 y más, cuyo apoyo se dispersa en apoyo a la familia extensa.

Otro de los casos que emergen de estas microhistorias es el de la Sra. AMI de la localidad Cerro Chiquito, quien habita una vivienda contigua a una construcción en obra negra, propiedad de su hijo que reside en Estados Unidos. Esta situación expresa una paradoja que enfrentan madres y abuelas, quienes habitan en pequeños cuartos adyacentes a casas de clara influencia norteamericana. AMI no sabe si dicha casa será habitada algún día, pero mantiene la esperanza.

Ella, junto con su hija y nietos, conforman una unidad doméstica que se sostiene con el apoyo económico de sus hijos. Además de las remesas, percibe un ingreso mínimo por los servicios terapéuticos que ofrece de manera esporádica en su temazcal, a las personas que así lo solicitan.

Por otro lado, la Sra. MMV, partera de la Colonia Mirasol -barrio cercano a la cabecera de Huehuetla-, emigró de manera permanente a Ecatepec junto con la familia de uno de sus hijos. En contraste, la Sra. JRG y su cónyuge, originarios de la localidad de San Guillermo, subsisten gracias a las pequeñas cuotas que ella cobra por los servicios ocasionales que presta a la comunidad, el Programa 65 y Más y, el apoyo de su hija.

Las historias son diversas y reflejan de manera vivida el impacto de los fenómenos económicos y sociales en la vida de este grupo de mujeres que decidieron vincular sus actividades al sector salud. Para las parteras, estos procesos también representaron, en su momento, espacios de compartencia para el desarrollo de nuevos saberes y habilidades, al tiempo que dividían su tiempo entre las múltiples demandas de la familia, la comunidad y las instituciones de salud.

Este entramado de tensiones entre reconocimiento, precarización y transmisión de saberes constituye el punto de partida para el siguiente apartado, en el que se analizarán las dinámicas de capacitación y formación biomédica, así como sus efectos en la práctica cotidiana y en el lugar que ocupan las parteras dentro del sistema de salud.

#### **4.1.1 *Cambio cultural y reproducción social.***

En los últimos 40 años, los patrones y percepciones culturales asociados al embarazo y la fecundidad han experimentado transformaciones aceleradas. Entre las mujeres *ñuhus* de las nuevas generaciones, estos cambios se han producido en un escenario de coexistencia entre la

biomedicina, la medicina alternativa<sup>84</sup> y la medicina tradicional indígena, en detrimento de esta última.

Esto ha sido efecto de una serie de factores interdependientes, entre los que se encuentran la implementación de los PTC; el aumento de la infraestructura hospitalaria de segundo nivel en las cabeceras municipales; en fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) en las clínicas locales; el relativo incremento en los niveles de escolaridad de la población; la creciente migración hacia los Estados Unidos; y la intervención de las iglesias protestantes en los tres municipios.

En este escenario, las concepciones culturales sobre la fecundidad y la maternidad se reconfiguran. Mientras algunas mujeres continúan recurriendo a las parteras para el acomodo del *shötsi*<sup>85</sup> (nonato), con el fin de asegurar un alumbramiento sin complicaciones, otras identifican en la cesárea una opción de parto sin dolor. De manera paralela, jóvenes *ñuhus* incursionan en las carreras de medicina y enfermería en la UICEH, convirtiéndose, en algunos casos, en referentes dentro del contexto de sus comunidades.

Estos procesos no pueden explicarse únicamente en términos de un tránsito entre lo tradicional y lo moderno, como lo proponía la antropología clásica. Resulta necesario situarlos dentro de la compleja red de relaciones de poder y dominio centro-periferia, así como en el ejercicio de la biopolítica, entendida como gestión de la vida de las otredades. Estas dinámicas se reproducen en escalas de competencia territorial y administrativa, y generan tensiones frente a los ejercicios del micropoder, así como acciones situadas de resistencias y contraconducta de las sujetas en posición subalterna.

---

<sup>84</sup> Para Eduardo Menéndez, las medicinas alternativas son todas aquellas fuera del ámbito convencional biomédico, que incluye la homeopatía, acupuntura, *ayurvédica* y germánica (por ejemplo). En el caso de la investigación, se hace establece una diferencia entre estas y la medicina tradicional indígena.

<sup>85</sup> El bebé que está en el vientre de la madre

En la región Otomí-Tepehua, las posibilidades económicas fueron limitadas para las mujeres de esta generación; por ello, desde su propia agencia y sentido práctico, optaron por una vía que durante años les permitió servir a sus comunidades y, al mismo tiempo, contar con un ingreso para cubrir las necesidades familiares, tejiendo redes y alianzas con personal de la SSH y del IMSS. En este contexto, la vinculación con el sector salud representó para las parteras una opción razonada, construida a partir de la evaluación de las alternativas y de los recursos de subsistencia disponibles.

Durante el proceso de estigmatización y desplazamiento hacia la periferia de los servicios de salud, encontraron resquicios de participación como enlaces comunitarios, insertas en estrategias dirigidas a la atención de las mujeres embarazadas, la planificación familiar, y el control de otras enfermedades.

Los procesos complejos de cambio cultural y de reconfiguración de las percepciones sobre los procesos reproductivos han sido escasamente estudiados en la región Otomí-Tepehua. Excelentes etnografías como las de Jaques Gallinier (2014, 2016), Lourdes Báez (2020), Jorgelina Reinoso (2021), Patricia Gallardo (2022, 2012), y Dow James (2005), ofrecen descripciones e interpretaciones de la complejidad simbólica de la cosmovisión *ñuhu* de la Sierra, al abordar temas relacionados con el cuerpo, los procesos fisiológicos y ciclo de vida.

No obstante, estos trabajos apenas problematizan las tensiones derivadas de la aculturación biomédica, la microfísica del poder dispersa en la red de relaciones que se establecen en la interacciones -incluyendo los agentes de la medicina tradicional-, así como los procesos de sincretismo y reconfiguración del proceso enfermedad-salud-atención y reproducción.

En este sentido, Gallardo se desmarca parcialmente de dicho enfoque al contextualizar su etnografía en procesos sociales de cambio, lo que contribuye a comprender cómo, en contextos de complejidad contemporánea, permean las prácticas del pueblo *ñuhu* en sus concepciones sobre el cuerpo y la enfermedad.

Por su parte, Adriana Gómez A. (2011) ofrece un estudio interdisciplinario que trasciende lo etnográfico y se centra en la comprensión de la etiología y sintomatología de salud-enfermedad y atención de padecimientos asociados a síndromes culturales vinculados a la reproducción humana, como la *quemada* y el *cashán*. Desde esta perspectiva, la autora reinterpreta la sintomatología en cuadros clínicos determinados por contextos de precariedad estructural.

En esta línea, los siguientes párrafos buscan recuperar diálogos sobre la salud reproductiva surgidos en pláticas informales y entrevistas semiestructuradas con parteras, jóvenes y usuarias<sup>86</sup> hablantes de lenguas indígenas. El objetivo es evidenciar el contraste intergeneracional mediante narrativas que emergen de un cotidiano subjetivado, en el que, desde su posición subalterna frente a estructuras de poder, las mujeres lidian con dichas tensiones, reelaborando sus propios discursos a partir de su quehacer y necesidades.

Para contextualizar la narrativa de este apartado, es importante considerar que en la subregión, el 53% de la población vive en hogares indígenas (PHOG\_IN), de los cuáles solo el 10.5% habita en las cabeceras municipales (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2022), en tanto, el 89.5% se encuentra disperso localidades de la Sierra. En este extenso territorio de la Otomí-Tepesua, el sector salud, en sus dos vertientes- IMSS y Servicios de Salud Estatales-, ha establecido una cobertura sanitaria mediante centros de salud, unidades médicas rurales y hospitales regionales.

Estas acciones han reducido la incidencia de enfermedades asociados a la pobreza<sup>87</sup>; sin embargo, de manera paralela, ha restringido el quehacer de los agentes locales de la medicina tradicional, como efecto paralelo en metas de la política institucional. No obstante, a la fecha

---

<sup>86</sup> Entre las jóvenes están Susana de San Pablo, Ana San Agustín del Mavodo, Jazmín Manrique de la localidad de San Esteban, todas ellas lengua hablantes.

<sup>87</sup> Las de mayor prevalencia en la Sierra Otomí-Tepesua han sido las infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutrición infantil, parasitismo intestinal, tuberculosis y enfermedades crónicas (Jurisdicción Sanitaria XIII, 2022)

persiste una diversidad de agentes de la medicina tradicional. La partería constituye el único ámbito en el que las mujeres de origen rural-indígena tuvieron un predominio.

#### **4.2 Ră t'ete<sup>88</sup> Especialistas de la Medicina Tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua**

Un día llegó un médico a la comunidad y me dijo, “en el hospital de San Bartolo están dando cursos de partería”, y entonces le dije al señor [su marido] que pasara a preguntar de los cursos. Le preguntaron, cuántos años tenían mis hijas, y él dijo que tenían 14 y 15 años. Entonces le dijeron los doctores que no, que eran muy jóvenes, eran menores de edad.

Entonces, el señor me dijo: “Si quieres ve tú, yo te llevo”, y pues que fuera yo, y le dije, “- ¡híjole!, ¿pero cómo, si mis hijos están chiquitos y mis pollos quién los iba a cuidar?”, y pues me animé, tomé los cursos, estuve dos meses, y ya con eso inicié a ayudar al doctor y a atender partos allá en el pueblo. Después nos venimos a vivir aquí a San Bartolo y hasta acá me venían a buscar la gente de San Mateo (ECJ, comunicación personal, 2024).

Las parteras de la SOT forman parte de un conjunto más amplio de especialistas en medicina tradicional que integran las alternativas terapéuticas de la carrera del enfermo,<sup>89</sup> a las cuales la población local recurre, en ocasiones, como opción inmediata o incluso única. El concepto carrera del enfermo alude al conjunto de decisiones que una persona toma desde el inicio de una enfermedad o padecimiento, con base a los recursos disponibles –tales como redes de apoyo familiar y comunitario, recursos económicos, acceso a los servicios de salud-, con el objetivo de alcanzar la sanación física y/o espiritual, hasta su resolución, que podría ser el fallecimiento, el control de la enfermedad, la sanación o incluso la resignación. Las decisiones en torno a las opciones de atención disponibles suelen combinarse entre las opciones de la

---

<sup>88</sup> Palabra otomí que refiere a los curanderos

<sup>89</sup> También denominada “carrera del enfermo” o “carrera curativa” (Menéndez L. E., 2024)

medicina tradicional y la biomedicina, trastocando la vida cotidiana de las familias en términos económicos y emocionales.

A partir de los instrumentos metodológicos puestos en marcha, se deduce la existencia de un consenso no explícito en la clasificar las enfermedades en físicas y las de origen sobrenatural, a partir del cual la población decide a que especialista acudir. Los padecimientos suelen ser tratados, en primera instancia, con remedios domésticos basados en la herbolaria; pero si, persisten, se recurre a un especialista en medicina tradicional o alópata dependiendo del síntoma, y los recursos disponibles.

La población que habita en las localidades más alejadas de la cabecera municipal tiende a optar por la medicina doméstica y tradicional como primera alternativa de atención. En tanto, quienes residen en las cabeceras municipales prefieren acudir a la medicina alópata, ya sea pública o privada, también suelen combinar terapéuticas de ambos sistemas de salud.

En las localidades de habla *ñuhu*, a los agentes de sanación se les denomina *ra t'ete* (curandero o sanador). Esta es una categoría genérica que incluye a parteras, curanderos y yerberos, quienes comparten como base terapéutica el uso de la herbolaría. Para Pérez San Agustín, originaria de la subregión, un *rã t'ete*, es:

(...) la persona que ejerce prácticas curativas utilizando métodos naturales o rituales (...) Los curanderos pueden encargarse de enfermedades físicas, mentales o espirituales mediante el uso de hierbas, flores o masajes (2025, p. 15)

En la SOT se identificaron tres tipos de terapéutica, con base en los cuales pueden categorizarse los *ra t'ete*: I) Curación con plantas medicinales; II) Curación con lo sobrehumano; y III) Sanación con las manos.

### **I. Curación con plantas medicinales:**

- a) Yerberos:** Atienden afecciones como resfriados, dolores de cabeza, infecciones estomacales, heridas, *venteadas* del cuerpo, a través del uso de infusiones, cataplasmas, macerados en refino y vaporizaciones con plantas medicinales.

## II. Curación con lo sobrehumano:

a) **Badí:** Son hombres y mujeres de conocimiento que sanan padecimientos de carácter espiritual para “estar bien con el alma” (Delegado, San Pablo el Grande, 2024). Realizan costumbres para el levantamiento de los espíritus mediante ofrendas, con apoyo de las “fuerzas” -entes de la naturaleza-, representadas en figuras antropomorfas de barro y de papel recortado.

b) **Curanderos/as:** Estos hombres y mujeres basan su terapéutica en el uso de la herbolaria para la sanación de malestares corporales, como la torcida de intestinos, la diarrea, el resfriado y las heridas leves. Asimismo, atienden padecimientos identificados como síndromes culturales o de filiación -tales como el *espanto*, los *malos aires*, el *mal de ojo*, la *envidia* o la *quemada*-, lo cuales tratan mediante “limpias” y el levantamiento del espíritu, apoyado en rezos y ofrendas. Un curandero se diferencia de un *badí*, porque este último posee un don revelado mediante una epifanía y, aceptado a través de un proceso de iniciación y mentoría con otros *badís* de mayor experiencia, reconocimiento y trayectoria.

Las poblaciones mestizas y otomíes convertidas a religiones cristianas y evangélicas suelen asociar a los curanderos y *badís* con la brujería, la superstición y la maldad, suelen ser confundidos o denominados como “brujos”; sin embargo, estos pertenecen al ámbito mestizo con prácticas de “amarres”, tarot o incluso limpieas espirituales o la realización de “maldades”.

## III. Sanación con las manos

a) **Hueseros (*jokā do ýo*)**<sup>90</sup>: Su terapéutica consiste en la intervención musculoesquelética mediante masajes y manipulaciones. Atienden torceduras, golpes, fracturas, dolores musculares y esguinces, así como “abiertos de cadera” o cintura, mediante la intervención

---

<sup>90</sup> Variante de San Esteban, Huehuetla

de la parte afectada, con el objetivo de colocar los órganos o huesos en su posición adecuada.

- b) **Sobadores/as:** A diferencia de los hueseros, su terapéutica es menos agresiva y se base en la aplicación de masajes con aceites o refinados macerados sobre las zonas afectadas; en algunos casos, se complementan con el uso de temazcal como parte del proceso de sanación. Este sería el caso de la Sra. AMI de la comunidad de Cerro Chiquito.

Como técnica, la sobada forma parte de la terapéutica de las parteras, cuya *expertise* se sustenta en la memoria de las manos para el acomodo del nonato en la posición adecuada para el nacimiento, con el fin de prevenir posibles complicaciones.

- c) **Mbeni<sup>91</sup>, Yë käte o jhe ka´te<sup>92</sup> (partera):** Mujeres y hombres que brindan atención integral a las mujeres en edad reproductiva, ofreciendo cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio. Entre la población *ñuhu* y tepehua, las parteras llevan a cabo procesos terapéuticos complementarios, como manteos, sobadas para el acomodo del bebé y la intervención en huesos. Estos conocimientos las habilitan como yerberas y curanderas, para padecimientos de filiación cultural como el *susto*, el *acashanamiento* y la “quemada”

Esta clasificación tiene el propósito de explicar la complejidad de la medicina tradicional en el Sierra; no obstante, es importante aclarar que la realidad no es esquemática ni los límites entre terapéuticas y creencias están claramente definidos. En la práctica, todos los sanadores parten de conocimientos compartidos de herbolaria, y las terapéuticas poseen connotación tanto espirituales como corporales, que pueden incluir o no actos rituales.

---

<sup>91</sup> Variante de Santa Mónica

<sup>92</sup> Variante de San Esteban, Huehuetla.

**Figura 26. El bādi y la fuerza**



Fuerza del *bādi* de la localidad del Jovión, Huehuetla.  
Fotografía original de la autora, 2024

#### **4.2.1 *Yä hyēki (la que corta).***

“El don me la dio Dios y mediante sueños”

(ETT, comunicación personal, 2024)

En 2017, la Jurisdicción contaba con un registro de 33 parteras tradicionales,<sup>93</sup> además de aquellas adscritas al área de cobertura del IMSS y de otras que, en algún momento, estuvieron vinculadas institucionalmente, pero que continuaron brindando atención a las gestantes en sus comunidades. En conjunto, para 2023 se identificó un total de 46 parteras en una extensión territorial de 749 km<sup>2</sup>, distribuidas en 268 localidades pertenecientes a los tres municipios de la subregión.

---

<sup>93</sup> Este dato se refiere al reporte de la Jurisdicción XIII, 2017-2018. En campo he registrado 46, y en cuestionario a los delegados reportaron 51 para estos municipios. Esta diferencia se explica, porque la Jurisdicción registran solo las que han mantenido la vinculación a pesar de sus edades. La de los delegados, son todas las que recuerdan, y posiblemente incluyan a quienes actúan como parteras sin estar necesariamente vinculadas al sector salud, o quienes siendo de avanzada edad sigan aconsejando a las mujeres cuando se les visita en su domicilio.

De este universo, se tuvo acercamiento con el 80% de ellas, para ese momento contaban con una edad promedio de 68 años. La más joven de 56 años y la de mayor edad, 87. Por lugar de residencia, el mayor número se concentra en las localidades del municipio de Huehuetla, donde residen 18; seguido de 15 de San Bartolo, y Tenango de Doria, con 5.

En cuanto a la escolaridad, solo una de las parteras cuenta con educación secundaria, y dos son técnicas en enfermería. Otras tres cursaron la primaria, ya sea a través del INEA o de manera trunca, mientras que el resto no cuenta con estudios escolarizados. Del total de parteras tradicionales identificadas, únicamente una -originaria de San Esteban- era monolingüe.

Entre 2017 y 2024, se registró una reducción del 30% en el número de parteras activas vinculadas al sector salud. Un factor determinante fue la aparición del COVID-19, ya que, al ser consideradas un grupo vulnerable, se les recomendó hacer un alto temporal a sus actividades. No obstante, se reportaron seis nacimientos atendidos por parteras tradicionales durante el 2022, el mayor número registrado en los últimos cinco años en este tipo de atención (Ver cuadro número 18)

Es oportuno señalar que, en la subregión, durante el período 2019-2023; 24 parteras atendieron un total de 14 partos en cinco años, sin ninguna muerte materna. En el municipio de Acaxochitlán –con población nahua-y área de cobertura del IMSS-, en este mismo periodo se reportaron 299 alumbramientos atendidos por parteras.

Este señalamiento es relevante porque, si bien Acaxochitlán es uno de seis municipios que integran la Región Otomí-Tepehua, es el más alejado de la Subregión de interés. En una posible investigación centrada en la SOT como región, incorporar el dato de Acaxochitlán, sin diferenciar ambas subregiones podría ofrecer una visión sesgada del panorama de la partería tradicional en la Sierra.

Tabla 19 . Personas atendidas por parteras 2019-2023

	Parteras activas 2023	Personas atendidas por parteras				
		2019	2020	2021	2022	2023
Huehuetla	9					1
San Bartolo Tutotepec	14	2	4	1	6	
Tenango de Doria	1					
TOTAL	24	2	4	1	6	1

Elaboración propia con base a datos del Censo de Parteras 2023 y SIS fuera de Unidad 2019-2023

En la reactivación de las actividades de capacitación en la subregión en 2022, posterior a la pandemia, se evidenciaron ausencias. Las principales causas fueron la edad avanzada, las enfermedades asociadas a esta etapa del ciclo de vida, así como situaciones familiares. Durante el último año de elaboración de este documento en 2025, fallecieron cinco parteras. Esta reducción abrupta, así como la tendencia que anuncia, representan una ruptura intergeneracional de conocimientos las dimensiones simbólica, práctica y material.

En las narraciones de vida, las parteras identifican un momento crucial en su trayectoria vital, cuando decidieron seguir la vocación de sanar y acompañar a otras mujeres, ya fuera como herencia de madres y/o abuelas, o, con mayor frecuencia, como resultado de una necesidad. En todos los casos, la integración de sus saberes, tanto en su dimensión práctica como espiritual, se construyó a través de la experiencia sensible; es decir, conocimientos corporeizados, procesados y reafirmados a través de la atención que brindaron durante años a otras mujeres.

Al desempeñar roles como madres, tías, hermanas, abuelas, amigas o vecinas, su práctica estuvo inexorablemente ligada a afectos, lazos y conflictos. Por ello, su aprendizaje puede considerarse un proceso cognitivo sentí-epistémico. Para Maciel y Paredes:

Los saberes de las parteras tradicionales constituyen una síntesis de conocimientos culturales orientados a la prevención de daños, mantenimiento y recuperación de la salud materna. Las parteras tradicionales tienen saberes propios y prácticas de atención durante y después del embarazo, y en algunos casos desde la infancia de las mujeres. Son prácticas comunes los rituales de

protección realizados antes del parto y sus conocimientos se transmiten por generaciones desde hace varios miles de años (Maciel & Paredes, 2019, p. 11).

Con base en este escenario, se elaboró el siguiente apartado etnográfico con el objetivo de atisbar el proceso epistémico de saberes trenzados y *sentipensantes* que conforman el corpus de conocimiento de las parteras. Se parte del entendimiento de que sus narrativas emergen de su percepción y sentido de vida, relatando un antes –*antiguamente*- y de un ahora, dentro de un tiempo no definido y no necesariamente lineal, como suelen presentarse los recuerdos. Este lapso comprende 40 años de cambios, desde el momento que fueron convocadas como parteras o promotoras de salud.

#### **4.2.2 N'zaki. En un principio la dualidad.**

Las mujeres otomíes de las localidades Mavodo, San Pablo, San Nicolás, Santa Úrsula, San Esteban, San Guillermo, Santa Mónica y San Andrés, de más de 40 años, comparten concepciones similares sobre la salud-enfermedad. Para ellas, la salud, o *nza'ki* es un estado de equilibrio entre las dimensiones espiritual o *zate* (sombra, alma), sobrenatural o *doja* (doble animal)<sup>94</sup> y física, como parte de una unidad ontológica, que los seres humanos adquieren desde el momento de la concepción.

El *nza'ki* puede entenderse -para quienes no somos otomís- como vitalidad, fuerza y salud, pero su significado va más allá. Desde una perspectiva filosófica-cosmogónica, también representa la energía inherente a todas las cosas del mundo como una totalidad. En este sentido, el concepto *ñuhu* de salud trasciende el ámbito individual abarcando dimensiones de lo colectivo: los otros humanos, el territorio y las entidades sobrehumanas que lo habitan.

El *nzáki*, como un elemento constitutivo inmanente y trascendente a todo ser, escapa a una localización y podría ser mejor identificado como una de las capas

---

<sup>94</sup> Equiparable al nahual del sureste del país.

que componen el ser humano, algo que “opera más allá del ser consciente”  
(Down, 1986, p. 32)

Desde una perspectiva contemporánea y situada:

El *nza'ki* es la fuerza que protege tu alma, o que te protege a ti como persona para que ninguna maldad, envidia te perjudique, y te ayude en tu vida diaria  
(AMSA, 2024)

El *nza'ki*, como noción holística de salud, en su dimensión físico-corpórea, se categoriza en términos de frío-caliente, una cualidad inherente tanto a los órganos como a las funciones fisiológicas. Desde esta perspectiva, el cuerpo humano es la medida y representación del universo, en el cual se concreta y representa el cosmos a través de la dualidad. A cada categoría o entidad se le asignan a propiedades binarias como: caliente-frío, día-noche, arriba-abajo, cielo-inframundo. Esta dualidad también se manifiesta en el cuerpo humano, reflejando pares opuestos como hombre-mujer, arriba-abajo, izquierda-derecha, cabeza-genitales y brazo derecho-brazo izquierdo.

En esta concepción cultural, la naturaleza del hombre es caliente y está asociada al día, al cielo, y a los pensamientos. En el otro lado del espejo dual se sitúa la mujer, con cualidades frías, asociada a la noche -la luna, la menstruación-, el inframundo, lo impuro, y lo de abajo (Galinier, Jacques, 2014).

La sangre es un elemento sagrado, conductor de la vida (*nza'ki*), caracterizado por su cualidad caliente, que brinda la fuerza necesaria para afrontar la vida cotidiana. En esta lógica, el vientre y la menstruación se consideran fríos, ya que son los canales de pérdida del líquido vital. No obstante, esta condición se transforma durante la gestación, cuando la mujer, de naturaleza fría, adquiere un estado 'caliente'. Esta transformación culmina en el parto, momento en el que la madre queda en un estado de indefensión, debido a la pérdida del *nzáki* que fluye a través de la sangre durante el alumbramiento.

Los otomíes, como pueblo originario, se asumen como nacidos de la impureza; es decir, de la parte de abajo del cuerpo femenino, de lo acuoso, lo que marca su origen en la “otredad” del mundo. De ahí deriva su fascinación por la noche, la dimensión onírica de la vida y el carnaval, entendido como un momento fuera de lo ordinario y como una ventana al inframundo.

La religión católica y la incursión de iglesias protestantes en la región, han permeado la cultura *ñuhu*, generando una concepción sincrética que tiende a interpretar de manera negativa la cosmovisión otomí, desde cuya mirada estas cualidades se presentan asociadas al mal. Esta influencia ha asociado lo femenino con el pecado original, a los *bādís* con la brujería, y a las parteras con el atraso cultural.

En la cosmovisión *ñuhu*, el equilibrio entre las dimensiones: física, espiritual y sobrenatural sostiene la vida y se expresa a través del *nza'ki*. Sin embargo, este equilibrio es frágil y puede debilitarse, perderse o decaer. Cuando esto ocurre, la afectación puede originarse en cualquiera de estas tres dimensiones.

Los síntomas se manifiestan como *xün'u* (Mavodo), *thomän'u* (San Esteban), o *nzamän'u* (Tenango de Doria); es decir, como enfermedad y desequilibrio, tanto en el plano corpóreo como en el anímico. Estos incluyen dolor físico, tono macilento de la piel, cansancio, desgano, indiferencia, tristeza, falta de apetito e incapacidad para realizar actividades cotidianas, como trabajar en el campo o realizar el quehacer doméstico. En contraste, la salud se asocia con la alegría, el bienestar y la energía manifiesta en el trabajo. Gallardo apunta que:

Cualquier desequilibrio externo hace que persona sea vulnerable y enferme. De ahí resulta que la inestabilidad del cuerpo y sus contenidos no sea sólo resultado de encuentros impresionantes en el monte con los espíritus y sombras de los dueños, de lugares, de los brujos o del diablo, también es el efecto de un aspecto intrínseco de las relaciones internas en la comunidad; en la sierra, se procura no pelear ni estar en desacuerdo con los vecinos, particularmente con los

especialistas rituales, quienes curan las enfermedades pero también pueden provocarlas (2022, p. 42).

Cuando el daño o padecimiento afecta la *sombra* o el plano sobrenatural, el sujeto encargado de la sanación es el *bādi*, quién interviene en el plano simbólico mediante la realización de una *costumbre* (ritual), con la tutoría y apoyo de sus *antiguas*.<sup>95</sup> A través de este ritual, se establece un diálogo y una negociación con las entidades sobrehumanas. La moneda de cambio es la ofrenda, compuesta de pan, flores, música, café y gallinas, así como representaciones del mundo onírico y sobrenatural en figuras de papel recortado.

A través de estas representaciones en papel cortado, el cuerpo y el universo *ñuhu* se subjetivan, con el fin de restablecer el *nza'ki*, en una suerte de magia simpática.<sup>96</sup> Sin embargo, no en todos los casos es necesario realizar el ritual. Esto solo lo sabe y diagnóstica el *bādi*, quien mantiene una comunicación con los entes sobrenaturales, los cuales se manifiesta a través de sueños, ensoñaciones o trances. A veces con ayuda de la Santa Rosa (*cannabis* macerado en refino), que permite identificar los elementos y procedimientos necesarios para la sanación.

En caso de que el malestar o padecimiento se localice en el cuerpo físico, el remedio son los alimentos, la herbolaria y la medicina alópata, con lo que se busca compensar el desequilibrio frío-caliente. La nosología y clasificación de alimentos y remedios no están completamente definidas; sin embargo, en términos generales, parece ser que las enfermedades de las vías

---

<sup>95</sup> Las *antiguas* son representaciones materiales de entidades sobrehumanas protectoras del *bādi* con los que dialogan y establecen comunicación y pueden ser figurillas de barro que encuentran en su caminar después de uno o varios sueños.

<sup>96</sup> La dimensión onírica, el chamanismo y la costumbre como proceso ritual de los *nuhús*, *yuhús*, ha atraído el interés antropológico con etnografías de investigadores como Jaques Galinier, Dow James, Jorgelina Reinoso, Lourdes Cubero, y otros.

La magia simpática o simpatética, parte de la idea de “lo similar produce lo similar”, es decir las acciones rituales realizadas sobre una imagen antropomorfa impacta a la persona representada.

respiratorias y acuosas, como el resfriado y la diarrea, se consideran frías, ya que se asocian con la humedad e involucran el sistema respiratorio.

En contraste, las enfermedades del estómago se clasifican como calientes. Otra interpretación señala que el dolor o la fiebre son percibidas como calientes, mientras que las enfermedades sobrenaturales son casi en su totalidad frías, posiblemente por la intervención del aire.

Aun cuando el embarazo es concebido como un estado de malestar, no se considera propiamente una enfermedad, sino un estado de malestar transitorio y crítico, debido a la condición de vulnerabilidad que atraviesa la mujer, del cual se retorna al final de la gestación; esto es, la mujer “se alivia”.

Sin embargo, la mujer embarazada no queda exenta de los males sobrenaturales, por el contrario, es vulnerable a posibles afecciones anímicas que pueden perturbar su sombra (*zate*). En caso de que esto ocurra, se realiza un *n' tönzi* o limpia, con el fin de que el niño nazca sano (ASA, comunicación personal, 2024).

En las condiciones objetivas y estructurales de vida, la fatalidad ha estado presente en la experiencia de las mujeres embarazadas de la Sierra. En su dimensión simbólica, la presencia de la *puxk'uai* o *äxkäyo*, el pájaro-bruja, está asociada a la oscuridad de la noche y al riesgo de muerte, tanto de mujeres embarazadas como de menores de edad. Esta figura representa el riesgo constante de una fuerza sobrenatural que pende sobre la vida, cuyo correlato en la realidad son las condiciones materiales de marginación.

La luz eléctrica, la carretera y el acceso a los servicios de salud han alejado de manera relativa estos riesgos, aunque la *puxk'uai* permanece al acecho. LSP, una mujer de 62 años de la localidad de San Nicolás, comenta: “Había muchas muertes de mujeres, porque no había transporte para llegar a la clínica, y algunas [mujeres] no iban con las parteras” (LSP, comunicación personal, 2023).

Cuando ya nacía el bebé, la bruja o *áxxkäyo* rondaba la casa; sabía que el bebé ya había nacido y, para ahuyentarla, le ponían un seguro o asegurador en el gorro, o colocaban una tijera en la orilla de la cama, de repente colocaban espinas en el techo de la casa o un sombrero viejo. (ASA, comunicación personal, 2024)

En la reconfiguración epistémica a través de la práctica, las parteras han incorporado elementos básicos de la biomedicina en un acervo donde emparejaron medicamentos y alimentos de valor nutricional con aquellos de carácter “caliente” o “frío”. Asimismo han adoptado conocimientos técnicos como el monitoreo de la presión arterial y la identificación de riesgos durante el embarazo, en coexistencia con saberes tradicionales como las sobadas y manteos, así como los baños con hierbas calientes para desinflamar el vientre y restaurar el cuerpo, configurando así un *corpus* propio de conocimientos.

La descripción siguiente no pretende profundizar en los significados simbólicos, sino sistematizar el proceso desde las visiones cotidianas de las parteras, involucrando su vinculación con el sector salud, tal como ellas lo narraron.

**Figura 27.** *Partería y espiritualidad*



Altar de la casa de la partera Cirila, localidad Lindero del Mpo. San Bartolo Tutotepec. Fotografía original de la autora, 2023.

### 4.2.3 *Proceso de atención del embarazo.*

Las parteras asumen que el cuerpo de una mujer encinta es un cuerpo sano, pero vulnerable y en constante malestar hasta llegar a su alivio. Por ello, estiman que una o dos visitas mensuales a la partera son suficientes. Estas visitas tienen el propósito formal de monitorear, reportar, identificar y referir los embarazos a las instancias institucionales de salud de la SOT. Además, también realizan acomodados y ofrecen consejería, proporcionando una atención integral que combina conocimientos técnicos y tradicionales. En este proceso se identifican las siguientes fases:

**Gestación:** Las visitas a la partera tienen como propósito observar al bebé y si es necesario hacer acomodados mediante sobadas y manteos. Esta técnica requiere una memoria *sentipensante* desarrollada a través de las manos y la memoria de la partera, lo que implica habilidades y conocimientos específicos para, a través del tacto, colocar al bebé en la posición correcta para el nacimiento.

El acomodamiento o sobada tiene como objetivo facilitar el parto y evitar la cesárea<sup>97</sup>. Las parteras refieren la casi inexistencia de complicaciones durante el alumbramiento, cuando estas técnicas se realizan de manera correcta.

- El bebé venía mal acomodado, entonces me llevaron con una partera, para que naciera de manera natural sin necesidad de cesárea. Cuando ya nacía el bebé, te bañan con hierbas de árnica para cicatrizar la herida (ASA, comunicación personal, 2024).
- Antes, cada mes se iba acomodando el bebé en la panza de la mamá. Pero ahora, nosotras las referimos al doctor. Por eso casi no trabajo de

---

<sup>97</sup> En la página 161 de este documento se exponen los argumentos del personal de salud de la Jurisdicción sobre las causas clínicas, que explican que un número significativo de mujeres indígenas de la región sean susceptibles a cesárea.

partera, solo cuando es una emergencia. Todas las veces las referimos al doctor (MaHAV, comunicación personal, 2022).

Las parteras, refieren que la alimentación durante el embarazo se base en la dicotomía frío-caliente, la cual permite identificar los nutrientes benéficos tanto para el estado de gestación como para la producción de leche. Entre los alimentos fríos están prohibidos, entre estos están: cítricos, calabacitas, chayotes, ejotes, papas, frijol, cebolla, carne de puerco, así como la recomendación de evitar el consumo de alcohol o cualquier tipo de droga -los que también se consideran fríos-.

En contraste, sugieren alimentos calientes, como caldos de pollo o gallina, atoles, maíz, chocolate, té de manzanilla, tostadas. Una de las tareas de las parteras es invitar a las gestantes a asistir a las unidades de salud con el fin de recibir vacunas y suplementos de ácido fólico. Con respecto a los alimentos, nos comparten:

- Solo pueden comer cosas calientes, como caldo de pollo, huevos asados o fritos, salsa mora. No deben comer cosas frías, como aguacate, nopales, huevos hervidos, sardina, carne de res, chile verde, porque provocan inflamación y se contagia el bebé (LSP, comunicación personal, 2022).
- Cuando está embarazada puede comer de todo, su caldo de pollo en mole de epazote con verduras. Pero no puede comer cosas ácidas o amargas. Cuando nace el bebé [la madre] no tiene que comer calabazas, ni chayote, porque son verduras frías y pueden hacerle daño, la hacen sangrar. Tiene que comer un caldo de gallina con canela, comino, ajo, cebolla y hierbabuena (MaHAV, comunicación personal, 2021).

Estas restricciones no son consideradas en los espacios clínicos:

- ...igual no podía comer cosas frías, pero en el hospital te dan de comer cualquier cosa y te lo tienes que comer, porque no es lo mismo que estar en tu casa (LSP, comunicación personal, 2022).

**El parto**, en épocas pasadas, el parto como momento crucial, ocurría casi siempre en el hogar de la gestante o en la casa de la partera, y solo de manera excepcional en la casa de salud o en la clínica. La Sra. GGC, de Santa Úrsula, tenía destinado un cuarto para recibir a las mujeres que acudían desde localidades vecinas. El parto domiciliario en la comunidad constituía una experiencia arraigada al espacio doméstico, vivida en compartencia con los otros hijos/as, la madre, las hermanas y/o la suegra. Asimismo, las parteras solicitaban el apoyo de algún familiar durante el alumbramiento, por lo general el cónyuge o la madre de la parturienta.

- ...cuando ya se va a cumplir el plazo, yo me voy a casa de la mujer cinco días antes y me espero cinco días después; en ese tiempo tiene que nacer (MaHAV, comunicación personal, 2020)

El parto, como proceso fisiológico, es un fenómeno de duración variable. Por esta razón, la partera esperaba el tiempo necesario para que la mujer “se alivie”, adoptando la posición que su cuerpo, de forma intuitiva, le urgiera tomar durante el alumbramiento, ya fuera hincada, sostenida por otra persona, colgada de lazo o –incluso– acostada. Recuerda ECJ:

- En aquel tiempo les ponía un lazo para que se ayudaran hacer fuerza, se hincaban y se colocaban de un lazo. Cuando tenían dolor, ellas hacían fuerza; eso ayudaba para que naciera más fácil el bebé. Los recibía, les cortaba el cordón umbilical y los envolvía en una sabanita o algunos trapitos (ECJ, comunicación personal, 2020).

En caso necesario y excepcionalmente, las parteras intervenían utilizando infusiones a base de *zoapatle*<sup>98</sup> o de hojas de aguacate con chocolate, con el objetivo de acelerar o inducir las contracciones. La partera ECJ enfatiza la importancia de conocer la dosis y momento

---

<sup>98</sup> Con propiedades uterotónicas utilizado para inducir y acelerar el parto debido a sus efectos sobre el útero.

oportuno para su consumo, ya que el uso inadecuado, por automedicación o inexperiencia, podría tener consecuencias adversas.

En todos los casos, las parteras entrevistadas subrayaron la importancia de realizar el trabajo de parto en lugares limpios y ventilados, un criterio que parece haber sido reforzado durante las capacitaciones. Como lo expresan:

- El lugar tiene que estar bien limpio, tiene que ser un cuarto bien iluminado. Preparo agua hervida en una cubeta antes de que nazca el bebé y utilizo otra cubeta para bañar a la mamá y al niño; después del parto utilizo perilla para el bebé. (MaAV, comunicación personal, 2020.).

Una vez que el niño/a era recibido, la placenta era meticulosamente revisada para verificar que no quedaran restos de esta o de la bolsa amniótica en el cuerpo de la mujer; en ese caso, aplicaban masajes con aceite “rosado” o de olivo en el vientre de la usuaria. Si pese a todo se sospechaba de residuos, se reportaban a la unidad médica para su intervención.

- ...Aceite para que no se le pegue la placenta... un vaso limpio, aceitito rosado, se le soba el vientre sin presionar y solita sale [la placenta] (GGC, comunicación personal, 2020)
- ... lo limpia o amarra para retirarlo de la mamá, y luego me pongo a atender [a] la madre. Atrás del bebé viene la placenta y observas que [a] la mujer le salga [la placenta], en caso de que no salga se lleva al doctor..., pegar el bebé al pecho de la madre ayuda a que [se] cierre su cuerpo... (ECE, comunicación personal, 2020).

Una vez concluido el proceso y si toda era normal, se entregaba la placenta al padre, junto con el cordón umbilical y los restos de ropa ensangrentada que no fuera posible lavar, para que él se hiciera cargo de enterrarlos, ya fuera en una esquina de la casa *para que no se vaya lejos* [el recién nacido]. En el Mavodo, la placenta era enterrada en el solar de la casa familiar y

el ombligo en un árbol si fuera niño, o debajo del molendero si fuera niña (ASA, comunicación personal, 2024). Lo anterior es variable y depende de la localidad.

- Se entierra en donde le digan, cerca de su casa, para que no se vayan lejos. En la esquina de la casa de la mujer, o en el monte (AFLC, comunicación personal, 2020)

El corte del cordón umbilical, *antiguamente* -como dicen las parteras-, se hacía con carrizo y navajas de rasurar, y después con tijeras proporcionadas por el sector salud.

- Hoja de rasurar o carrizo, se mide tres dedos de donde llega el ombligo, se amarra y en medio se troza (HBSJ, comunicación personal, 2020).
- Se mide dos dedos del ombligo del niño y se hace un nudo; después, del lado de la madre, se mide tres dedos y medio y se hace otro nudo; se corta en medio de los dos nudos. (MaHAV, comunicación personal, 2020).

El cuidado del recién nacido se resumía en verificar signos vitales, respiración y evacuación, limpiarlo y acercarlo a la madre para ser amamantado con el calostro, no sin antes abrigarlo bien; y, en caso de notar algo anormal, referirlo al centro de salud.

**Posparto:** Las actividades de cuidado posparto consistían en limpiar y alimentar a la madre, así como en realizar el saneamiento de la ropa y las sábanas a fin de evitar la *quemada*, práctica que anteriormente se llevaba a cabo en el río con ofrendas de aguardiente y tabaco; posteriormente, esta práctica cambió a realizarse en la casa familiar y, en la actualidad, se encuentra casi en desuso. En familias del Mavodo, aun cuando el parto ocurre en los espacios clínicos, se suele pagar a una persona, no necesariamente una partera, para ayudar con el lavado de las sábanas, ya que los miembros de la familia, especialmente los niños y niñas pueden *quemarse*. El uso terapéutico del temazcal en el posparto merece mención aparte, y es tema del siguiente apartado.

Durante las visitas a la usuaria, las parteras también verifican la evacuación y el cuidado alimentario del recién nacido. Una de las recomendaciones que adoptaron de las capacitaciones es nutrir al recién nacido únicamente con leche materna durante sus primeros meses de vida, evitar la automedicación y vigilar la presión arterial de las puérperas. (FJ, comunicación personal, 2020).

En las recomendaciones, las parteras plantean que en el posparto el cuerpo de la mujer debe tomar un tiempo de reposo, en un lapso de cuarenta a sesenta días, durante el cual deben abstenerse de toda actividad física y sexual, a fin de lograr su recuperación. Si este tiempo no se respeta, la mujer podría *acashanarse*, clasificado en dos tipos:<sup>99</sup> *cashán* de hombre, por no respetar la restricción sexual, o *cashán* de mujer, por no respetar la restricción física, como cargar cosas y/o ocuparse del quehacer doméstico.

Los síntomas son el desgano, la diarrea y el tono macilento de la piel y la inapetencia. Para ambas hay cura con herbolaria; sin embargo, el *cashán* de hombre es considerado más severo, ya que puede dejar secuelas o en casos, no es posible curarlo (ECJ, comunicación personal, 2023). Desde la investigación clínica, el *cashán* de mujer coincide con síntomas de desnutrición, mientras que el *cashán* de hombre se asocia con infecciones cérvico-uterinas (Gómez, 2011, p. 296).

El *cashán* es un tipo de enfermedad de filiación o síndrome cultural, pero no es el único; también está la *quemada*. Este es un padecimiento al que queda expuesta la familia; pero que también puede ser contraído por la partera. La *quemada* recibe diferentes nombres según la localidad: puede llamarse *n̄ nzo* (San Esteban), *bi n'zö* (Mavódo) o *n'barí* (San Nicolás). En español se traduce, en todos los casos, como “quemada,”<sup>100</sup> cuya sintomatología se presenta

---

<sup>99</sup> Esto a partir de las parteras entrevistadas en la SOT. En la etnografía revisada se ubican tres tipos de *cashán*: El de hombre, también denominado “empacho de hombre” por el abuso en las relaciones sexuales, *cashán* de quehacer o de trabajo, y *cashán* de frío, por no guardar la cuarentena y exponerse al frío (Gómez, 2011).

como una especie de tiña, manchas en la piel o dermatitis, adquirida por el contacto con la sangre, el líquido amniótico o los desechos del parto, que son considerados “calientes” y que tienen el efecto de “quemar” la piel.<sup>101</sup>

Por ello, como práctica adicional de cuidado, la ropa usada en el parto se lavaba en el río, donde se ofrecía tabaco a la corriente de agua como agradecimiento por llevarse la inmundicia. En tanto, la placenta y el cordón umbilical eran envueltos en paños para enterrarlos fuera del hogar.

Otro de los padecimientos posparto, de posible ocurrencia, según narra la Sra. GTR y su hija FST, es la “caída de la matriz” [*toh'nä jä'i*—variante de San Esteban-], que se presenta como consecuencia de esfuerzos, el trabajo pesado, o por haber tenido muchos hijos. La restitución se realiza mediante una técnica de masajes e imposición de manos que parten del bajo vientre hacia arriba y desde fuera hacia el centro del vientre, a partir de las caderas.

Sin embargo, se reconoce que la técnica tiene sus límites en casos avanzados, en específico cuando se presentan infecciones cérvico-uterinas, que pueden derivar en desenlaces fatales (comunicación personal, 2024).

Las terapéuticas aplicadas por las parteras en las fases pre y posparto, parten de un razonamiento y criterio *sentipensante* que les permite identificar los alimentos, remedios y prácticas benéficas tanto de la medicina tradicional como de la biomédica. No obstante, la labor actual de las parteras se constriñe cada vez más al monitoreo y detección de mujeres con riesgo, para referirlas a los espacios clínicos.

---

<sup>101</sup> Los animales, como gatos y perros también pueden transmitir este padecimiento, a través del contacto de los humanos con los desechos de parto animal.

### 4.3 *Pädo* (temazcal de costumbre)

*Las hierbas tienen un poder, que uno no cree*

(ECJ, comunicación personal, 2023)

Según la terapéutica de la partera GGC, el acompañamiento a la parturienta se extiende al posparto en cuatro visitas más, a fin de restaurar su calor corporal con hierbas calientes a través del *pädo*, cuyo significado literal es piedra caliente en lengua *ñuhu*, y refiere al temazcal de costumbre. Estos son, por lo general, estructuras rectangulares, las más antiguas de bajareque, con una capacidad promedio para no más de cuatro personas. Aun cuando su uso estuvo muy extendido en la región, actualmente han caído en el olvido. Sin embargo, aún se pueden encontrar algunos en San Nicolás y Peña Blanca -y en otras contadas localidades- para uso familiar y terapéutico.

Aun cuando el alumbramiento haya sido en espacios clínicos, durante el posparto, las mujeres acostumbran a convocar a una partera para ser bañadas con hierbas calientes en sus domicilios, o en su defecto acuden con una partera que utilice el *pädo* como parte de su terapéutica de restauración corporal.

El *pädo* o temazcal de costumbre, tiene el propósito de purificar el cuerpo de la madre y del recién nacido, ya que el parto es un proceso impuro,<sup>102</sup> además de cerrar y acomodar los huesos que se separaron al abrir el canal del parto. Es decir, buscar restaurar el cuerpo a su estado anterior, cicatrizar la herida de la madre y el ombligo del bebé.

En el Mavodo se solían utilizar en el temazcal, el *modänxu* (hierba negra), *taxkä dänxu* hierba blanca, (*tuxinkëya*), y también hierba de víbora chiquita (ASA, comunicación personal, 2024). En la percepción de HVG, usuaria de la localidad de Peña Blanca:

---

<sup>102</sup> Gallinier, reporta en su etnografía, una ceremonia en que la comadrona expone en el temazcal papeles recortados que representan a la divinidad del fuego (2014). No se encontró evidencia de la vigencia de esta práctica.

...El Temazcal y las hierbas con las que me bañaban [...] cerraban los huesos. El cuerpo se calienta en el temazcal, los huesos se cierran y la piel regresa a su normalidad.

-¿Quién te bañaba?

- Mi suegra, y antes de meterme al temazcal me untaba refino con ortiga; haz de cuenta, molía la ortiga con el refino en el molcajete y eso me lo untaba en mi espalda, en todo mi cuerpo, y ya me metía, y ya con eso me *hojeaban*, y no sé si por las espinitas o qué, pero sentía yo tan rico, y eso me hizo con mis tres [hijos] (HVG, comunicación personal, 2022).

Otra terapéutica recuperada es la de AMI, quién se especializa en el uso del *pādō*. Previo a la llegada de la usuaria enciende el fuego y prepara las hierbas, para una vez, las dos dentro del temazcal verter agua poco a poco sobre las piedras para sanar con el vapor del *acoyo* y el *muicle*. Después –si es necesario- realizar una *friega* con hierbas y refino para, finalmente, cubrir con mantas, dejar a la usuaria en un descanso profundo y *sobar*, en caso de presentar algún malestar en el cuerpo.

ECJ comparte que “cuando una señora no se baña, dicen que queda cruda; por eso se ven amarillas, sin fuerza, quedan bien *acashanadas*, se les mete el frío, les duele y arde la espalda, y se componen con hierbas” [maceradas en refino].

- ... Aunque me alivie en el hospital, mi mamá me seguía cuidando como cuando me atendía la partera; me bañaban durante tres meses con las hierbas (LSP, comunicación personal, 2022).

**Figura 28.** *Pädq* (temazcal de costumbre), espacios de sanación



*Pädq* de las localidades de Lindero, Tenango de Doria y el Jovión, Huehuetla. Fotografía de autoría propia, 2024

#### 4.3.1 *N'ifi. Mujeres sanando mujeres.*

Para explorar las prácticas que han persistido como forma de continuidad, abordo las narrativas de parteras y usuarias de las localidades de Nicolás y San Pablo, ubicadas en el municipio de Tenango de Doria.<sup>103</sup> Estas comunidades se encuentran en la Sierra, conservan un tipo de organización comunitaria y la lengua *ñuhu* es de uso cotidiano, aunque se encuentra en proceso de desplazamiento.

Aquí, las iglesias protestantes han dejado sentir su impacto en las prácticas rituales, los saberes y las creencias de la población, incluyendo aquellas concernientes al proceso de gestación. No obstante, en algunas familias aún hacen uso del *pädq* como espacio íntimo y ritual de sanación que conecta a las mujeres con la colectividad, la ancestralidad y su propia corporalidad, a través de un acto de connotación ritual denominado en *ñuhü* como *n'ifi*, tejido en

---

<sup>103</sup> Cabecera de Tenango de Doria: 2614 habitantes, de los cuales 1322 son mujeres y 1292 hombres (INEGI, 2020)

torno a las mujeres con el propósito de restaurar el equilibrio del *nza'ki* (fuerza vital), perdido en la sangre a través del canal de parto.

Para ello, son convocadas las parientes allegadas a la puérpera (tías, hermanas, abuelas, madres) que hayan pasado por la experiencia de la maternidad, con el fin de compartir su energía a través de vaho tibio de su aliento exhalado cerca de la vagina de la mujer en recuperación, ya que el vientre necesita ser restablecido y recobrar su fuerza para seguir teniendo más hijos. Este evento se repite cuatro veces por un mes. El temazcal se convierte así en un espacio de "mujeres que sanan a mujeres" (Susana Mendoza, comunicación personal, 2022).

... en los baños de temazcal me echaban hierbas en mi espalda para no resentir el frío; también me daban de beber *acoyo*, esta hierba es muy buena para la leche del bebé. (LSP, comunicación personal, 2022).

En los baños de temazcal se acostumbra que la mujer que se alivió de parto se le sople la vagina para hacer llegar el calor del temazcal, en donde quedó la herida al salir él bebé. Esto no lo hace la partera o partero; lo pueden hacer una o más mujeres que entran al temazcal. (LSP, comunicación personal, 2024).

**Figura 29.** *Pädo. Espacio para sanar el cuerpo y el espíritu.*



El temazcal o *pädo* que se muestra en la imagen pertenece a la partera Cirila de la comunidad de Lindero, municipio de San Bartolo Tutotepec, 2022. Fotografía original de la autora.

### 4.3.2 Peña Blanca.

En Peña Blanca, el *n' tifi* presenta una variación. IVG, mujer de 38 años al momento de la entrevista, es originaria de Huehuetla, pero reside desde hace varios años en la localidad Peña Blanca del municipio de Tenango de Doria. Relata que el temazcal no es de su agrado; sin embargo, aceptó los baños recomendados por su suegra para su sanación posparto. Describe este momento de la manera siguiente:

[Mi suegra] invitaba a otras personas al temazcal, las que le ayudaban a bañarme; haz de cuenta, ella ponía las hierbitas afuera, acarrea el agua y me esperaba afuera, y las señoras me hojeaban, me bañaban incluso.

Cuando yo me alivié, tenía mi herida aquí [señala el lugar de la cesárea], y ellas me soplaban en mi ombligo [...]; eran mujeres que ya tenían hijos, que ya las habían bañado a ellas y, entonces, ayudaban a bañar a la otra enferma.

Bueno, pues entraba yo al temazcal; a mí me daba mucha pena. Normalmente ellas entraban desnudas, así sin nada, pero yo me metía con *choninos*; a mí sí me daba pena. Y ya me acostaba en el temazcal - porque aquí los temazcales son chaparritos-; entonces con un *hojeador*<sup>104</sup> te echan el vapor; haz de cuenta, el vapor sube y ya bajan el vapor con las hierbas, y eso es lo que hace que llegue a tu cuerpo [...] Y ya después de eso, mi suegra metía la cubeta con las hierbas bien calientes; van mediando el agua con agua fría y me bañaban adentro con todas las hierbas calientes. Salía yo del temazcal, y ya me esperaba mi suegra o quien estuviera ahí afuera; me esperaban con una cobija. Entonces saliendo, luego, luego, me enredaban en la cobija y me metía yo a la cama a dormir.

(IVG, comunicación personal, 2022)

---

<sup>104</sup> Un *hojeador* se compone de un ato amarrado de hierba calientes como el *acoyo* y el *muicle*.

No obstante, esta práctica está cada vez más en desuso, en parte porque ha sido prohibida por los centros de salud debido a los riesgos sanitarios que implica, no en sí el temazcal, sino el *n'tifi*, considerado como “posible fuente de infecciones vaginales por los microorganismos contenidos en la boca, los cuales podrían ser transmitidos por microgotas”, como me ilustra una estudiante de Médico Cirujano de la UICEH, originaria de San Nicolás.

#### **4.3.3 Las muchachas de ahora ya no se quieren bañar en temazcal.**

Los baños con hierbas calientes son una práctica vigente y permitida por el sector salud. Sin embargo, el *pádo*, en su uso como espacio de sanación ritual – como el *n'tifi*-, es cada vez menos frecuente, en la medida que avanza la aculturación médica.

El siguiente testimonio es de una mujer de San Nicolás, de 63 años para el momento de la entrevista. Durante seis años de su vida fue auxiliar de salud. Tuvo 5 hijos, 3 de ellos atendidos por partera, y los dos últimos en clínica.<sup>105</sup>.

Mi primer embarazo fue a los 24 años, todo estuvo normal, no hubo ningún problema, ya hasta que me alivié llamaron al partero, que era mi vecino, vivía aquí arriba. Empecé a sangrar mucho, luego no había transporte y éramos pobres, pero con la ayuda de Dios y con el partero todo salió bien.

Las muchachas de ahora ya no se quieren bañar en temazcal, solo se dan un baño, y eso porque las obligan las mamás [...] Ahora ya no hay parteras, en esos tiempos había tres: don Genaro García José, Nicolasa Mateo, Ángela y Antonio. El señor Genaro atendió dos de mis partos y el último lo entendió la partera Ángela.

[En la clínica] me atendieron muy bien, no me regañaron, me sentí mejor; no tenían miedo porque ya estaba en el hospital [...] No sentí miedo, me sentía más

---

<sup>105</sup> La entrevista fue recopilada en lengua *ñuhu* y transcrita por Susana Mendoza, egresada en la licenciatura de Lengua y Cultura de la UICEH.

segura. Aunque me alivié en el hospital, mi mamá me siguió cuidando como cuando me atendió la partera: me baño durante tres meses con las hierbas. Igual, no podía comer cosas frías, pero en el hospital te dan de comer cualquier cosa y te lo tienes que comer, porque no es lo mismo que estar en tu casa (LSP, San Nicolás, comunicación personal, 2020).

Para cerrar este sub apartado, se presenta el caso de la Sra. MaHAV. Su acercamiento a la partería fue ocurrió como aprendiz de su madre. Atendió su primer parto a los dieciséis años; sin embargo, comprendió el significado trascendental de esta labor cuando dio luz tuvo sola a su segundo hijo –ya que su madre no logró llegar a tiempo-. Para ella, ser partera implica acompañar a la mujer a lo largo de todo el proceso de gestación y mantenerse presente después del nacimiento.

La Sra. MaHAV, al igual que otras parteras, visita de manera regular a las mujeres embarazadas, por lo general una vez por mes. En ese proceso prepara a la madre y al nonato para un buen parto a través de la escucha y la observación. A decir de ella, aun en el vientre los bebés necesitan ser “apapachados”; por ello, se les se soba y se acomoda poco y a poco, con cuidado y afecto. Durante el parto, exige la presencia del padre, para que ayude y sea testigo del esfuerzo que implica traer una vida al mundo, “y no le pida que, al siguiente que le prepare de comer”.

En el posparto, y durante quince días, la partera acude de manera rigurosa al domicilio de la mujer para bañar tanto a la madre como al recién nacido, con el fin de que su cuerpo se *caldeé* y el recién nacido duerma tranquilo. Por ello, afirma:

Ningún doctor va a tu casa para ayudarte a bañar y que regrese el calor a tu vientre, ni te enseñan a bañar a tu hijo para que duerma bonito -MaHAV, 2017- (citado en Ignacio F., 2024).

#### 4.3.4 ¿Resistencia cotidiana?

En el escenario situado, más que acciones abiertas de contraconducta o resistencia se, configura una forma de infrapolítica que se gesta en la impotencia frente al agravio y la negación sistemática de la producción y reproducción de sus conocimientos. Las acciones de resistencia cotidiana se alojan en los resquicios de los discursos y acciones ocultas que se entretajan desde la subalternidad. Si bien estas se manifiestan en lo doméstico de la vida diaria, no constituyen meras expresiones de impotencia; sino que, en tanto locuciones y acciones micro, posibilitan la construcción de identidades y redes, e instrumentan prácticas de solidaridad o estrategias focalizadas en resolución de lo inmediato, las cuales, de una u otra manera, trascienden para “renegociar discretamente las relaciones de poder” (James C., 2000, p. 25).

En este marco, persiste la intención de sostener los conocimientos a través de la práctica de sanación y reconstitución del cuerpo. Independientemente que ocupen o no un lugar en campo clínico institucional continúan siendo referentes en la comunidad. Las divergencias se libran en el ámbito de lo cotidiano, en las decisiones que toman a través de su práctica para el bienestar de otras mujeres, con las que comparten condiciones e intereses similares, ya sea en los espacios comunitarios o en espacios extra institucionales a través de la capacitación o encuentros fortuitos.

Un ejemplo de estas decisiones, que a la vista puede no resultar contundente, pero si indica la preocupación sobre su propia práctica, es el siguiente:

El uso del *zoapatle*, conocido como “medicina de la mujer”, forma parte del conocimiento herbolario de la partería indígena y se emplea a lo largo del ciclo reproductivo femenino. No obstante, el sector salud ha impuesto restricciones a su uso. A pesar de ello, su aplicación dentro de la partería tradicional dista de ser arbitraria, como con frecuencia asume la institución.

La partera ECJ, relata que decidió cortar por completo la planta de *zoapatle* de su huerto de traspatio para evitar que sus vecinas le pidieran hojas o, en el peor de los casos, las tomaron sin su consentimiento. De acuerdo con la partera, esta planta debe administrarse en un momento

preciso, al inicio de las contracciones del parto, ya que una dosificación no controlada podría acelerar el ritmo cardíaco tanto de la madre como del bebé. Ante la imposibilidad de vigilar su uso adecuado, optó por prescindir del remedio, cortando el árbol de tajo.

Ambos sistemas médicos, el tradicional y el alópata, se sustentan en conocimientos contruidos a partir de la observación de efectos, contraindicaciones, dosis y restricciones de sus prácticas terapéuticas. Si bien ambos implican riesgos para las usuarias, la biomedicina dispone de una autoridad epistémica que se legitima –además de su efectividad- mediante un capital social, cultural y económico reconocido.

Esta autoridad, al no ser objeto de cuestionamiento genera un espejismo hermenéutico, en tanto invisibiliza los riesgos inherentes a la práctica biomedicina mientras sobredimensiona aquellos atribuidos a la medicina tradicional. Tales dinámicas obstaculizan el reconocimiento del pluralismo médico y configuran formas de violencia epistémica y hermenéutica, al deslegitimar sistemáticamente otros sistemas de conocimiento. En palabras de la partera PMV de San Andrés: “No me gusta lo que hacen los doctores, también hacen burla”, una práctica que opera como mecanismo de descalificación sobre los conocimientos “otros”.

**Figura 30.** *En el tianguis dominical en Tenango de Doria*



Plantas medicinales a la venta en el tianguis,  
Fotografía cortesía de Elsa Pastor

La tabla 19 trata de sintetizar un conjunto de conocimientos, cada uno de ellos implica el establecimiento de relaciones de causa y efecto, procesos de codificación y desarrollo epistémico, con el fin de aplicar criterios de diagnóstico y terapéutica desde el sentido común, en el marco de una ontología relacional y un mundo de vida. No es objetivo del documento realizar una investigación sobre el conocimiento etnobotánica o técnico; el cuadro se anexa con el propósito de sintetizar algunos elementos compartidos a través de las narrativas de las parteras tradicionales de la SOT.

A manera de conclusión: Este apartado tuvo como propósito abordar dos puntos de los ejes propuestos en la investigación. Por un lado, contextualizar el quehacer de las parteras tradicionales dentro de los procesos regionales que influyeron tanto en las decisiones de la dinámica familiar como en el ejercicio de sus prácticas, en el marco de una política pública con tendencias homogenizantes que parten del centro a la periferia rural.

El segundo propósito, fue recuperar la narrativa y etnografía sobre las prácticas y los sentidos de vida, a través de sus saberes y significados como expresiones de heterogeneidad que emergen de experiencias situadas frente a procesos homogenizantes. En este sentido, las parteras, como sujetas sociales, fueron actoras en la toma de decisiones de su núcleo familiar y, a la vez, confrontaron los cambios de paradigmas y la aculturación médica orientados cada vez a la normalización de la medicalización de los procesos fisiológicos y del parto hospitalario.

En este marco, puede percibirse una concepción de lo tradicional equiparada a lo no científico, académico o rural-indígena; no obstante, las prácticas de las parteras tradicionales no se inscriben en un pasado inmutable, sino que han respondido a la emergencia del presente a través de la actualización de sus conocimientos frente a realidades cambiantes, aunque en condiciones adversas que persisten. En ese sentido, se resemantiza el concepto de lo tradicional, al ser adoptado como una identidad colectiva política, tal como lo evidencian los movimientos sociales para su reconocimiento.

Las narrativas etnograficas sobre los procesos de atención materno-infantil muestran cómo las parteras lograron engarzar conocimientos adquiridos de la biomedicina con la herencia de conocimientos de sus ancestras, configurando una práctica. La puesta en marcha de estos saberes, en su dimensión afectiva, contribuyó a la reproducción material y espiritual de las familias y comunidades, y coadyuvó, a través de su participación coyuntural vinculada al sector salud, a la reducción de enfermedades asociados a las condiciones de pobreza.

En esta microhistoria se identificaron dos momentos clave: El primero se sitúa a partir de 1986, caracterizado por un breve auge de instrumentalización y promoción de la partería, seguido posteriormente por un largo periodo de estigmatización. Al respecto, vale recordar que la intervención de los programas de planificación familiar y control natal comenzaron de manera tardía en la Sierra en comparación con las acciones a nivel nacional.

El primer periodo se caracterizó por el apoyo e interés del Estado mexicano, lo que permitió una maduración de procesos y redes autogestivas en otras regiones y estados. Sin embargo, en la SOT se transitó de un corto periodo de interés instrumentalizado al golpeteo sistemático y la estigmatización, lo cual pudo haber incidido en un obstáculo para el avance de una identidad colectiva y autogestiva, así como de casi un nulo interés de las nuevas generaciones en continuar con esta vocación.

Tabla 20. Uso identificado de herbolaria de la Sierra Otomí.

	<b>Infusiones</b>	<b>Macerados en refino y emplastos</b>	<b>Temazcal/baños con hierbas calientes</b>
<b>Menstruación</b>	Regulan el ciclo menstrual -gobernadora -hierba dulce -zoapatle -tres hojitas		
<b>Fertilidad</b>	Santa Juana	Santa Juana en refino untado en la pelvis	
<b>Embarazo</b>		Aceite rosado u oliva para sobar	
<b>Parto</b>	<b>Acelerar el parto:</b> - zoapatle -canela, ruda -ruda con chocolate -hojas de aguacate con chocolate -orégano con zoapatle -canela con hojas de aguacate -bistlacuache	<b>Bajar la placenta</b> -árnica con miel	-acoyo o cordoncillo -albahaca, gobernadora blanca y roja.
<b>Puerperio</b>	-aguacate con chocolate para que la matriz se acomode  -canela para ayudar a que el cuerpo cierre.	- árnica para la cicatriz del parto	-acoyo o cordoncillo en el temazcal -albahaca, gobernadora blanca y roja. - zoapatle, para limpiar la matriz y expulsar los restos de placenta - hierba mora para purificar el cuerpo -maestranza, cabeza de hormiga, hierba del golpe, chilillo blanco y rojo
<b>Anticoncepción</b>	-pega ropa -cadillo -ruda		
<b>Aborto</b>	-tierra de tiza -zoapatle		

Fuente: Entrevista a parteras. Sistematización propia 2019-2024

Nota importante: En lo que refiere a infusiones o téis, las parteras conocen medidas y momentos de consumo, su uso sin este conocimiento previo es dañino a la salud.

Tabla 21. Complementariedad de sistemas médicos

	<b>Embarazo</b>	<b>Parto</b>	<b>Puerperio</b>
<b>Asignación del sector salud</b>	Detección de factores de riesgo	Acompañamiento a los servicios médicos	
	Monitoreo	Nota: Ellas no pueden entrar a las salas de alumbramiento.	Consejería en planificación familiar
<b>Capacitaciones</b>	Referencia a los servicios de salud	-Llamar a la línea de emergencia en caso necesario de atención a mujeres en procesos de parto.	Monitoreo
	Reporte a la Jurisdicción Sanitaria o el IMSS		
<b>Tradicional</b>	-Acomodo del bebé mediante sobadas o manteo	-Procurar lugares limpios e iluminados -Si fuera necesario dar té de zoapatle u otros.	-Baños de temazcal, en su defecto, o baños con hierbas calientes. Ambos tienen la función de restituir el estado natural del vientre.
	-Consejería para la alimentación, momento del parto y cuidados a la madre.	- Cortar el cordón umbilical - Revisar la placenta e intervenir si fuera necesario - Referir en caso necesario a la unidad médica	- Baños al recién nacido -Lavado de ropa de la parturienta para evitar la contaminación de la sangre del parto al resto de la familia. - Alimentación a la parturienta

Fuente: Entrevista a parteras. Sistematización propia. Trabajo de campo 2020-2024

## 5 Conocimientos subalternos

*¿Cómo aprendió a ser partera?*, le pregunte a la Sra. CGV. Ella me miró con sus ojos de siglos, un poco sorprendida por mi ignorancia. Recordó que su padre era curandero, no partero –aclara-, pero sanaba a las personas, acomodaba la cintura y a las criaturas. Así aprendió “mirando”, “haciendo”. De ahí surgió su interés por los demás. Durante 48 años practicó su oficio de vida, hasta el momento en que su cuerpo se lo permitió. Ahora hay días en lo que no puede levantarse. Aun así, ofrece su temazcal para sanar a las puérperas que se lo solicitan (CGV, comunicación personal, 2023)

El presente capítulo tiene el propósito de articular los ejes de la investigación, los cuales transitan de la contextualización del ámbito local al análisis de las políticas sociales y de salud reproductiva, orientadas por el orden económico global, para retornar posteriormente a las prácticas y lógicas culturales del proceso salud enfermedad en el ámbito reproductivo, que tienen lugar y sentido en las comunidades de la Sierra Otomí-Tepehua, y concluye con una reflexión sobre la estigmatización del conocimiento de las parteras, derivada de prejuicios epistémicos construidos de manera sistemática por procesos exógenos y endógenos, dinamizados con la intervención del estado.

En este proceso, se trata de visibilizar los prejuicios epistémicos que pesan sobre las parteras como generadoras de cierto tipo de conocimiento, en diálogo y tensión con actores institucionales que operan en la región. Ello constituye un engranaje situado de los mecanismos estructurales que sostienen la violencia epistémica en el ámbito de los procesos de salud-enfermedad, y que han limitado la práctica y reproducción de la partería tradicional en la partería tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua como sistema de conocimientos en posición subalterna.

En la lógica de lo que se discute, no está en juego únicamente la efectividad práctica del saber, sino el conocimiento como campo de disputa política, inscrito en una relación de poder asimétrica que suprime el potencial contrahegemónico de estos saberes en sus dimensiones de

reproducción ontológica, material individual y colectiva. Lo cual, si bien asegura la reproducción biológica de la población, niega o pone en riesgo la continuidad de los pueblos *ñuhu* y *Tepehua* en su sentido identitario colectivo, así como de una cosmovisión propia que explica su lugar en el mundo.

Esto constituye una posible respuesta a la pregunta inicial: *¿Cuáles son los mecanismos de la violencia epistémica que ha limitado la práctica y reproducción de la partería indígena en la Sierra Otomí-Tepehua como sistema de conocimientos en la subalternidad?* Ya que, si bien las causas son multifactoriales, existen lógicas estructurales y locales que se entretajan una trama de glocalización<sup>106</sup>.

### **5.1 Epistemología de lo local**

Autores como Carrillo Trueba (2006), Eckar Boege (2008) y Linda Smith (1999) consideran que el conocimiento de los pueblos originarios es resultado de la territorialización, como proceso de subjetivación e interrelación con el entorno habitado, lo cual ha sido clave para la supervivencia colectiva, y constituye la base biocultural que conforma su estructura social y su sentido ontológico; en suma, la percepción del mundo y la imagen que de este se construye (Carrillo Trueba, 2006, pág. 103).

En el caso de las parteras como agentes de salud reproductiva, la generación de conocimientos está vinculada también al género y a los lugares ocupados para la reproducción social, entendiendo que el primer espacio es el propio cuerpo.

Donna Haraway, desde 1985, cuestionaba la pretendida universalidad, objetividad y neutralidad del conocimiento científico (1991), construido desde una visión masculina, occidental y “desde ninguna parte”. La autora desmonta este discurso y devela las relaciones de poder ocultas, ya que toda generación de conocimiento está permeada por quién, cómo y desde dónde se generan los saberes.

---

<sup>106</sup> Procesos globales, reconfiguraciones y re significaciones locales.

Desde esta perspectiva, aboga por el reconocimiento de una epistemología situada, localizada y “desde algún lugar”, en el entendido que las sujetas conforman su percepción del mundo mediante experiencias y cuerpos sociales concretos en contextos sociales, políticos y culturales específicos. En la perspectiva de la autora, todo conocimiento –incluyendo el científico– es siempre parcial, subjetivo y afectado por las experiencias que se tienen del mundo.

La propuesta de Haraway resuena en aspectos centrales con el feminismo comunitario indígena de América Latina y el feminismo indígena mexicano, particularmente en el reconocimiento de la experiencia corporal como medio de conocimiento en diálogo con otros saberes, lo cual constituye la objetividad en la investigación; es decir, “sólo la perspectiva parcial promete una visión objetiva” (1995, p. 324).

En este marco, en lo que refiere a esta investigación, existen dos dimensiones de acercamiento a la problemática: la propia, como proceso de aproximación desde una posición epistémica que entrecruza dimensiones e intereses profesionales, académicas y personales; y la de las parteras tradicionales, en sus procesos de aprehensión de la realidad a través de la vida cotidiana, en su contexto y mundo de vida. Ello incide en su percepción, práctica y discurso sobre la realidad que elaboran, en un entramado de relaciones, circulación de micro poderes y asimetrías que configuran su vida cotidiana.

Con este antecedente, el planteamiento inicial consiste en colocar elementos para la comprensión de la constitución epistémica del sujeto, como lo refiere Broncano (2021), en la lógica de que la validación y el acceso al conocimiento están inmersos en relaciones de poder. En este sentido, resulta oportuno su análisis como una práctica situada y política, entendiendo que los sujetos son históricamente configurados. Para el autor, la expropiación epistémica no es solo la cooptación del conocimiento de los grupos subalternos en sí misma, sino que implica incluso ser despojados de su capacidad de producir y validar sus propios saberes (Broncano, 2021)

Para las parteras, el conocimiento es un proceso continuo de cotejo con la realidad, en el que no se disocian la experiencia sensorial ni y las subjetividades. Estos son elementos resultan importantes para un aprendizaje situado e intersubjetivo, en el que se dialoga con las pares, la comunidad, la familia, el territorio e incluso con los entes espirituales de su cosmovisión, así como de nuevas apuestas religiosas adquiridas.

Para la comprensión de estas dinámicas subalternas, el feminismo comunitario latinoamericano se posiciona en una reflexión que sugiere una ruptura epistémica,<sup>107</sup> entendida como perspectiva gestada y derivada de situaciones de guerra y opresión sistemática, a partir de las cuales las mujeres *quiches*, *xincas*, *quechua*, y *aymaras* han reflexionado sobre su corporalidad, en la que se han materializado los agravios. Estos se manifiestan en el miedo, la impotencia y los desórdenes psicológicos, espirituales y físicos, como resultado de la opresión política, las relaciones de poder e incluso de los mandatos impuestos por el sistema heteropatriarcal de sus propias culturas.

Desde esta perspectiva, se cuestionan la idea de complementariedad esencialista presente en algunas cosmovisiones indígenas, con base en la cual se mandata a las mujeres indígenas como cuidadoras, reproductoras y guardianas ancestrales, reafirmando con ello, la obligatoriedad de la heterosexualidad y la maternidad como inherentes a su naturaleza. Esto ha sido desmontando por las propias activistas indígenas, no solo en términos teóricos, sino como posicionamiento político- epistémico, y como forma práctica para la vida (Cabnal, 2013, 2014; Paredes, 2019; Tzul, 2015).

En esta línea, se plantea que en el cuerpo femenino convergen las coacciones de las fuerzas económico, políticas, sociales y culturales de la matriz de dominación colonialista,<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> El feminismo comunitario surge a principios del siglo XXI, a partir de la reivindicación de mujeres activistas de pueblos originarios, *aymaras*, en el contexto boliviano, y *mayas* y *xincas* en Guatemala (Paredes y Guzmán, 2014)

<sup>108</sup> Término acuñado por la socióloga Patricia Hill Collins (Ripio, 2019)

caracterizada por la desigualdad, que funcionan de manera articulada para mantener las estructuras de poder y privilegios (Ripio, 2019).

Abundando al respecto, Huenchuan Navarro (2005), Ana María Bach (2018), así como en específico, Lorena Cabnal (2019) y Gladys Tzul (2015), hacen un llamado a centrar los análisis epistémicos desde las miradas y las voces de las mujeres indígenas, que articulan experiencias construidas desde la etnia y el género, internalizadas en el cuerpo-territorio. La paradoja es que, en este proceso, también se internalizan y normalizan las subordinaciones, y se socializa el acceso diferenciado de los recursos a partir de los roles asignados y la organización del trabajo por género (López B. Z., 2022).

La aportación del feminismo comunitario en torno a la constitución epistémica de las mujeres indígenas resulta cercana a la manera en que esta es vivida por las parteras indígenas y/o rurales, guardando las distancias temporales y espaciales propias de las experiencias de opresión y de los procesos de politización colectiva. Con este antecedente, recorro a los testimonios para señalar los procesos epistémicos alterhegemónicos que estas mujeres construyen en tensión, con la potencialidad de generar conocimientos desde esta posición, como resultado de experiencias corporizadas y de los espacios que se ocupan – tanto privados como públicos-, a través de prácticas de escucha, cuestionamiento y observación para la producción de saberes y la expresión de subjetividades. Estas prácticas vinculan el plano de lo humano con otros seres oníricos del territorio y con las nuevas religiosidades adoptadas, como parte de una concepción relacional del mundo.

En este sentido, estas narrativas resultan ilustrativas para entender los procesos situados y cotidianos de subsistencia y de constitución de los saberes, en tanto permiten situar dimensiones epistémicas y ontológicas que emergen de los contextos de vida, y abren la posibilidad de entendimiento de epistemologías periféricas en contraposición con el conocimiento académico-abstracto. La resistencia epistémica, entendida como una forma de contra-conducta, se expresa en la permanencia de los sentidos de vida, así como en la flexibilidad para incorporar

sistemas de conocimiento complementario mediante una “negociación” interna de evaluación de causa-efecto-beneficio.

**Figura 31. Farmacias vivas**



Plantas medicinas de traspatio. Conocimiento herbolario. Fotografía original de la autora, 2023

### **5.1.1 Del don y la necesidad: conocimientos situados.**

“El don me lo dio Dios y mediante sueños”

(ETT, comunicación personal, 2024)

El conocimiento de las mujeres indígenas constituye una episteme subjetivada y situada, a partir de la cual coelaboran interpretaciones y representaciones del mundo a través de su experiencia social, enmarcadas en condiciones socioculturales, históricas, políticas y sociales determinadas (Haraway, 1991). En el caso de las parteras, este conocimiento se traduce en sistemas integrales de atención al proceso salud-enfermedad, donde no se disocian los planos corporal, afectivo, comunitario y espiritual.

Las parteras describen una forma paulatina de construcción y subjetivación del conocimiento, con base en la observación, las experiencias corporeizadas y el saber intergeneracional transmitido mediante relaciones de mentoría como forma activa de enseñanza-aprendizaje, cimentada en la escucha, la observación y la práctica continua. Así lo aprendieron al acompañar y apoyar a sus madres y/o abuelas, y posteriormente a partir de su acercamiento con médicos y enfermeras del sector salud. Ante la pregunta cómo aprendió dicen “viendo a los médicos” (FJR, San Pablo el Grande), pero también observando a las abuelas, madres, hermanas y a partir de sus propios procesos reproductivos.

En la región Otomí-Tepesua pueden distinguirse tres formas a través de las cuales las parteras se han constituido como tales, conformado un *corpus* propio de saberes.

- a) El primer grupo: Poseen el “don” de la sanación intuitiva revelado a través de sueños.
- b) Un segundo grupo corresponde a quienes asumieron este papel a partir de la precariedad y las necesidades contextuales, desarrollando su intuición y conocimiento como respuesta emergente.
- c) Un último grupo está constituido por las parteras que iniciaron sus trayectorias como auxiliares y promotoras de salud, y conformaron o fortalecieron conocimientos técnicos a través de capacitaciones.

En los dos primeros casos, las parteras desarrollaron además conocimientos como sobadoras y hierberas, adquiriendo habilidades y saberes sobre las propiedades curativas de las plantas a partir de la escucha de madres y abuelas, en procesos de cotejo constante con sus propias experiencias. Su práctica comenzó, en la mayoría de los casos, a partir de sus propios embarazos y ante la demanda de atención por parte de vecinas de sus comunidades, como ellas mismas relatan. Estas experiencias, construidas en el marco de un contexto cultural y material marcado por la necesidad y la práctica, generaron representaciones que fueron estructurando saberes específicos. Dichos saberes les han permitido enfrentar diversos padecimientos y articular modelos explicativos sobre la enfermedad y la salud. (Goldberg, 2010, p. 140)

- Mi mamá era partera y curandera. Como tenía mucha gente que atender, yo le empecé ayudar y la acompañaba a curar, de esa forma fui aprendiendo. [Comencé] cuando tuve yo sola a mi segundo hijo, yo vivía muy lejos y mi mamá no pudo llegar a ayudarme, entonces yo lo tuve sola. Después, los vecinos y amigas se enteraron y me pedían ayuda y así fue como me fueron buscando (MaHAV, comunicación personal, 2022).
- Desde chiquita, mi abuelita era partera [me enseñó], baños con hierbas, con trapos calientitos se fajaban [a las parturientas] (HBSJ, comunicación personal, 2022)
- -Mi mamá atendía partos y aprendí observando. No había quien atendiera a mi cuñada en un parto, después un doctor me mando a capacitar a San Bartolo (GGC, comunicación personal, 2022).

La tercera forma en que se constituyen como parteras corresponde a aquellas que iniciaron su trayectoria como auxiliares o promotoras de salud. En este proceso, desarrollaron conocimientos con una orientación técnica, adquiridos a través de fungir como auxiliares en las unidades clínicas, aunque con percepciones sobre la salud y la enfermedad ancladas en su propia cultura. Estas mujeres se reconocen como parteras a partir de la designación del sector salud y asisten a las capacitaciones como tales, por lo que suelen asumir con mayor disciplina las restricciones normativas. Las parteras más jóvenes, cuyo promedio de edad es de 50 a 56 años, suelen tener este perfil.

-Desde que entré como auxiliar de salud, me capacitó un doctor junto con las otras parteras. De mi mamá aprendí el uso de las hierbas; tenía como 20 o 24 y ya tenía hijos. A partir de la necesidad de la comunidad, no había quien atendiera a las señoras, sufrían mucho (AFLA, comunicación personal, 2022).

En síntesis, el proceso epistémico de las parteras posee una dimensión espacial anclada en el conocimiento del entorno, que se entreteje con la práctica cotidiana como respuesta a las

necesidades de atención en la salud de la familia y la comunidad. Si bien este conocimiento se construye desde los ámbitos domésticos-privados, atraviesa otras dimensiones, como el territorio, la comunidad y las instituciones. Este proceso se configura a partir de sus propios partos y del acompañamiento de otras maternidades, a través de la observación de relaciones de causa y efecto, así como el constante cotejo entre los conocimientos heredados y aquellos adquiridos a través de las capacitaciones. Todo ello constituye un proceso de construcción paulatina de saberes sobre el cuidado del cuerpo femenino, ya que:

Los múltiples roles que a las mujeres indígenas les toca asumir en el manejo del hogar, comunidad, paisaje y ecosistema según una división sexual del trabajo que impone una división también de aprendizajes y conocimientos al unísono de determinados espacios físicos y sociales (Huenchuan, 2005, p. 64).

La atención de las parteras no se reduce a las gestantes, aunque esta sea su función sustantiva; a ellas pueden acudir todas las personas de la comunidad que lo soliciten. Atienden a recién nacidos, niños/as y personas de todas las edades y géneros: soban el abdomen para curar el empacho, los malestares, los dolores de intestinos y tendones; cierran o se abren la cadera y la cintura para propiciar la fertilidad, y aliviar los dolores de caídas.

### **5.1.2 San Andrés y San Esteban.**

San Andrés es la localidad más alejada de la cabecera municipal de San Bartolo Tutotepec, ubicada a casi dos horas y media de distancia, por camino de terracería. La comunidad contaba hasta el 2024 con el mayor número de parteras de la subregión, con un total de ocho en ese año, para una población de 1,015 habitantes (ITER, INEGI 2020) además de contar con un Centro de Salud, atendido por una enfermera.

San Andrés es el hogar AMSA, madre de ESM y JSM, quienes también son parteras. Esta última, técnica en enfermería, es una de las parteras más jóvenes registradas por el sector salud, con 56 años de edad. No obstante, aunque se autoreconoce como partera tradicional, sus hijos nacieron en espacios clínicos.

AMSA, de 85 años, inició su práctica a los 24 años, cuando fue nombrada por asamblea para asistir a la primera capacitación regional organizada por el programa COPLAMAR en 1986. Recuerda que, en algún momento, llegó atender hasta seis partos en un solo día. Me muestra una vieja libreta en la que anotaba las fechas de los niños y niñas a quienes ayudó a llegar al mundo; el último dato registrado corresponde es año 2001. No demerita su labor vinculada a las unidades médicas; por el contrario muestra con orgullo el diploma expedido por el COPLAMAR, y rememora aquella capacitación histórica, de un mes de duración, que marcó el inicio de su interrelación con el sector salud. Además comparte:

Nadie, nadie me enseñó. Hay que tener la mente así, no a fuerzas que le enseñen a una, porque si le sí le enseñan a una, una no aprende. Todos lo (hacen) de curandero, pero no..., le apuesto que, si yo voy a enseñar, no aprende uno.  
(AMSA., comunicación personal, 2024)

Para ella, hay parteras con un don particular de sanación. Si bien se pueden aprender técnicas o adquirir conocimientos biomédicos, el don no se enseña ni se aprende; es inherente a la persona, la precede, se revela en sueños o se descubre en la práctica. A ello alude cuando afirma: “no a fuerzas le enseñan a uno, porque si le enseñan a uno, uno no aprende”, expresando también que una enseñanza desvinculada de la práctica carece de sentido.

**Figura 32.** *Registros del tiempo*



Diploma expedido por el COPLAMAR a la partera AMSA de la localidad de San Andrés, Mpo. San Bartolo Tutotepec. Fotografía original de la autora, 2024

En otra narrativa, se presentan los testimonios de PMV (80 años), madre de ISAM (60 años), ambas parteras de la localidad de San Andrés, quienes comparten su historia de vida y el proceso de su constitución epistémica como parteras.

PMV es una mujer fuerte, de mirada compasiva, comenta 'Cada partera tiene su medicina'. Esta frase alude a su gremio, que, aun cuando comparten saberes comunes -como el uso del *zoapatle*, el hueso de aguacate, la canela y otras plantas medicinales- y prácticas como el lavado de ropa y la alimentación posparto, presentan terapéuticas que varían entre unas y otras. Cada partera conforma un estilo propio de atención, que en conjunto denominan *yēti*<sup>109</sup> (medicina), instaurando una forma intuitiva y sabia de sanación. “siento lo que debo hacer”, me decía JRG, de la localidad de San Guillermo (84 años).

---

<sup>109</sup> Variante de la localidad del Candeje, San Bartolo, Tutotepec.

**Figura 33.** *Cada partera tiene su medicina*



Partera Paola (PMV), San Andrés, Mpo. San Bartolo Tutotepec  
Fotografía original de la autora, 2024.

Al respecto, es necesario definir la sabiduría desde la perspectiva del pluralismo epistémico, en la cual el conocimiento se constituye como una forma de *praxis*, así como un atributo de la razón que no excluye las emociones ni la espiritualidad. Esta sabiduría articula la experiencia, la intuición y el conocimiento desde lo afectivo, lo que une a parteras y usuarias en tanto integrantes de la comunidad. Este vínculo incide, además, en términos psicosomáticos, al reordenar también, el mundo simbólico de la usuaria.

...sabio, no es el que aplica teorías, sino enseñanza sacadas de experiencias vividas. No importa que sea incapaz de formular saberes generales sobre las cosas, con tal de que sepa sacar fruto, en cada caso, de su personal experiencia. La sabiduría descansa en muy pocos saberes compartibles por cualquiera, supone en cambio, conocimientos directos, complejos y reiterados sobre las cosas". (Villoro, 2014, p. 226)

Para ISAM, hija de la partera PMV, el aprendizaje también estuvo marcado por la experiencia de sus seis partos, mediante la subjetivación del bienestar y el malestar en términos físicos, anímicos y espirituales. Madre e hija profesan la religión pentecostal, razón por la cual han dejado de lado los usos rituales *ñuhus*, aunque oran con fervor para que cada caso salga bien. No creen en la “quemada” ni en otras enfermedades de filiación cultural; sin embargo, por precaución, se restriegan brazos y piernas con hierbas como medida preventiva ante el contacto con la sangre del parto<sup>110</sup>.

Ana, una joven madre originaria del Mavodo, explica que antes solo las mujeres mayores lavaban la ropa ensangrentada de la parturienta, porque “ya tenían experiencia”; en cambio, una jovencita o una niña podría ser *bin'zö* (quemada). Esto da sentido al por qué las parteras solían convertirse en tales después de su primer o segundo parto, marcando así el inicio de su actividad.

La partería, como conocimiento corporeizado, supone una experiencia fisiológica y anímica, cuyas significaciones se construyen desde el género, no en el sentido esencial sino social. La comprensión de las enfermedades y formas de sanación se articula desde la *praxis* cotidiana corpórea, concreta y afectiva, ya que los roles asignados construyen experiencias, conocimientos y habilidades a través de los procesos productivos y reproductivos -biológicos, materiales y simbólicos-, que en conjunto constituyen este sistema cognitivo.

### **5.1.3 Caminando, escuchando, viendo, preguntando.**

San Esteban y San Andrés, aunque pertenecen a diferentes municipios (San Bartolo y Huehuetla respectivamente), por su cercanía -9.4 kilómetros- bien podrían constituir una microrregión. En San Esteban vive la Sra. GTR, de 85 años, la única partera monolingüe registrada por el sector salud. Aun así, asistió a las capacitaciones; comenzó su práctica a los 40 años, pero posee una herencia de abuelas con este conocimiento.

---

<sup>110</sup> Pero aclaran que ya casi no atienden partos.

FST, la hija de GTR, también se reconoce como partera. Recuerda que, desde niña, acompañó a su madre a las capacitaciones para tomar apuntes, ser su traductora y hacer las veces de ayudante en los partos que su madre atendía. A través de este proceso, fue construyendo sus propios aprendizajes. FST señala la dificultad que ha representado para ellas no contar con los certificados de nacimiento que den constancia legal de los nacimientos. Por ello, las madres de familia prefieren evitar las complicaciones que podría acarrearles este trámite –me informa-.

Con el apoyo de Jazmín Manrique,<sup>111</sup> es que se reproduce, parte del testimonio de vida de la Partera GTR.<sup>112</sup>

Testimonio 5. La partera [ *Yä hyēk]* es la que corta el ombligo, ayuda a las señoras a tener a sus bebés, las acomoda si vienen mal, les lava su ropa, las baña a ellas, y a sus bebés con plantas.

Inicié cuando tenía como 30 años; no recuerdo bien cuántos años, porque aún no tenía mi acta todavía. No tuve ningún sueño, empecé escuchando y viendo, recuerdo que mi mamá me mandaba a lavar al pozo o al arroyo. Yo era muy joven, una niña como de 12 años, y ahí me encontraba con otras mujeres mayores que yo, que también lavaban. Entonces nos poníamos a platicar o platicaban entre ellas, de cómo ocupaban las plantas para curarse, o cómo le hacían cuando nacían sus hijos, o nietos. A veces compartían lo que sabían, me enseñaban la planta que ocupaban, y así fui escuchando, preguntando. Algunas mujeres mayores también me platicaban. Cuando iba a nacer un niño, veía a las abuelitas o las primeras parteras qué plantas cortaban, cuáles para hervir y darles de tomar a sus nueras o hijas, o para bañarlas. Por ejemplo, a los niños chiquitos los

---

<sup>111</sup> Jazmín Manrique es lenguahablante del *ñuhu*, originaria de San Esteban y egresada de la carrera de Desarrollo Sustentable de la UICEH.

<sup>112</sup> La Sra. Gonzala falleció en abril del 2025.

bañaban para la “fiebre amarilla”; una mujer iba al monte a traer diferentes plantas y con eso los bañaban. Pues antes no había doctor o clínica, casi todas las mujeres tenían a sus bebés con las parteras.

Yo me acuerdo que había varias parteras: unas solo se dedicaban a ver a las señoras cuando tenían a sus hijos, otras las curaban con baños de plantas. Una señora que conocía, lo único que hacía era cortar el ombligo de los bebés cuando nacían, y cobraban unos 2 pesos por eso. Otras, acompañamos a las mujeres desde que se empezaban a sentir mal; cuando nacía su bebé les lavábamos su ropa y cobijas. Yo no cobraba, me daban lo que podían, unos 2, 3 o 5 pesitos. No se gana mucho como partera, casi siempre es por hacer un favor a la familia, a la señora que está por nacer su bebé.

Yo iba a sus casas, me mandaban a traer cuando estaban empezando con sus dolores. Las que querían que las sobara, sí venían a mi casa, veía su panza, se ve cuando están bien acomodados o no. Si yo veía que no, le empezaba a acomodar a su bebé despacio, hasta que quedara bien. Si ya estaba por nacer, veía que no vinieran sentados, los acomodaba si no venían bien.

Les decía a sus maridos que les hicieran una cama en el suelo. Entonces, si podían solas, me sentaba ahí y esperaba a que saliera la cabeza del bebé, para ayudar a que saliera bien y cortarle el ombligo. Después, ayudaba para que saliera la placenta, a fuerza tenía que salir porque si no, se podía morir la señora, si veía que no podían, les sobaba su panza.

Casi todos los partos que cuidé salieron bien, solo recuerdo una vez que llegó tarde la señora. Llegó a mi casa para que le ayudara, pero su bebé ya venía muerto en su panza y se la llevaron al hospital.

Aquí no ocupamos el temazcal para los partos, solo se usan para bañarse, pero no hay muchos, ya fallecieron los que tenían temazcal.

Cuando el hombre no respeta la cuarentena, la mujer se enferma, le da diarrea, se le empieza a caer el cabello y a adelgazar, [también se pueden contagiar de] *no nzq* (quemada).

Ya tiene tiempo [que atendí el último parto], como más de tres años, pero solo apoyé, no dirigí el parto, solo recomendé cómo cuidar a la mujer. Ya no hay muchas [parteras], porque la mayoría ya fallecieron, solo conozco a unas cuantas, algunas son de los pueblitos más chiquitos, como el *Dexto* o *Denxi*. [Tampoco] hay niñas o muchachas que quieran aprender, como ahora las jóvenes se van y estudian, y allá se quedan.

**Con respecto a la vinculación con el sector salud:** (...) Ya no nos dejan trabajar, nos dijeron que ya no, que si le pasa algo a una mujer que cuidamos sería nuestra culpa. Me da miedo que pase algo y me lleven a la cárcel; que mejor vayan al doctor. Las mujeres que se van a aliviar se van unos días antes, en la ambulancia, a San Bartolo o Huehuetla. Ya ellas saben que deben ir al hospital, el doctor en la clínica les da pase a los hospitales.

Por lo mismo que ya hay doctores y clínicas, ya casi nadie va con las parteras para tener a sus hijos, aunque aquí en la clínica, una vez un doctor no podía ayudar a una señora, y me mandó a traer para que le ayudara. Solo así puedo ayudar, diciéndole cómo hacerle, cuando ya no saben cómo, me preguntan.

A veces me mandan a decir que bañe a los niños cuando están enfermos los baño con plantas, para que ayude a las señoras, pero ya casi no.

**Acerca de las capacitaciones:** Sí han venido, nos preguntan cómo trabajamos y nos dicen qué hay que hacer, por ejemplo, ser muy limpias cuando ayudamos a las mujeres. Antes llegaban doctores o gente de fuera, cuando daban “Oportunidades”. No fueron muchas veces que vinieron y no me acuerdo bien de dónde venían. No recibo [compensación], solo un reconocimiento o diploma.

(GTR, Traducción Jazmín Manrique, comunicación personal, 2024.).

Las parteras entrevistadas tuvieron como base de aprendizaje la experiencia de sus propios procesos de embarazo. Fue un aprendizaje corporizado, aunado a los saberes herbolarios heredados y experimentados, cuya base de su práctica son las categorías de lo frío-caliente, a partir de las cuales preparan compuestos para una variedad de padecimientos. Para ello, observaron, identificaron, seleccionaron, recolectaron y probaron plantas.

Estos saberes se concretizan en técnicas de sobada, manteo, baños de temazcal o de tina. Se trata, así, de un conocimiento situado en la vida cotidiana, que se configura a lo largo de los años un *corpus* de saberes al servicio de la comunidad, del surgieron etiologías, nosologías y terapéuticas adecuadas para restituir el equilibrio anímico y corporal femenino.

#### **5.1.4 No me gusta lo que hacen los doctores... hacen burla.**

*La comprensión del mundo es mucho más amplia que la comprensión occidental del mundo* (De Sousa, 2017, p. 18)

La frase de De Souza resume este apartado, que versa sobre la generación del conocimiento como apropiaciones diferenciadas del mundo. Desde esta perspectiva, el saber colectivo de los pueblos originarios integra un sentido filosófico-ontológico de la realidad, entrelazado en expresiones de la vida cotidiana como la espiritualidad, los eventos religiosos – mayordomías, costumbres etcétera-, las narraciones y los ciclos agrícolas. Se trata de un entramado difícil de dilucidar para quienes no forman parte de estas sociedades; y aun siendo parte de la colectividad, resulta compleja su traducción o explicación para la comprensión de personas ajenas a la comunidad.

Si bien lo humano posee un carácter universal, los caminos hacia la comprensión de las realidades observables e intuitas del mundo son múltiples y desafían el discurso hegemónico. En el campo científico, la hegemonía positivista se ha constituido como el paradigma dominante, frente al cual se confronta el pensamiento crítico desde la subalternidad. En este contexto, se

cuestiona la idea de la universalidad del conocimiento y se plantea que es preciso visibilizar la existencia de procesos epistémicos en pluriversos posibles (Trueba, 2006).

La articulación teórica contra hegemónica de los saberes sometidos (Foucault, 2006) se ha ido construyendo desde diversos frentes, entre ellos el pensamiento decolonial, la epistemología del Sur y la epistemología pluralista<sup>113</sup>. Esta última alberga una vertiente de la intelectualidad indígena latinoamericana (el paradigma indígena), con antecedentes en la sociología crítica de la década de los setenta. Este enfoque se centra en la emancipación de los oprimidos y en la transformación social mediante procesos de investigación-acción (Facaue, 2003; López B.Z, 2022).

La epistemología pluralista emerge desde la subalternidad histórica y, como pensamiento indígena, se fundamenta en lo vivencial, la experiencia y el saber acumulado, compartido y holístico. Integra los planos espiritual, vivencial e intuitivo, vinculándolos con las formas cotidianas de producción de conocimiento. Asimismo, incorpora saberes no conceptuales, que no necesariamente se expresan en los términos que exige la ciencia occidental (Daza Weimar, 2017). Este enfoque, al igual que el feminismo comunitario latinoamericano y el feminismo indígena, en su dimensión epistemológica, es el que mejor resuena o se aproximan a las formas en que las parteras explican sus procesos de conocimiento.

Como se ha expuesto, hace más de veinte años, las parteras tradicionales de la SOT eran –y continúan siendo- sujetas locales de salud, con una función comunitaria tanto espiritual como práctica. Su labor se sustenta en los saberes tejidos en la cotidianidad y en relación con el contexto territorial, geográfico-biocultural y social, como respuesta a condiciones estructurales de precariedad, pobreza y aislamiento, así como a la insuficiencia y lejanía de los servicios de salud.

---

<sup>113</sup> “... se debe diferenciar entre pluralismo epistemológico y epistemología pluralista. La primera alude a un eclecticismo...La epistemología pluralista es un pensamiento de la pluralidad y del acontecimiento, concebido como multiplicidad de singularidades” (Alcoreza, 2012, pág.113)

Sus conocimientos no son estáticos, sino que se transfiguran y actualizan a través de la experiencia y de la aplicación de criterios propios, mediante los cuales evalúan la pertinencia de los conocimientos técnicos adquiridos del MMH, demostrando una capacidad reflexiva para discernir los riesgos inherentes a las condiciones y prácticas de insalubridad presentes en sus comunidades.

En este sentido, las parteras han sido aliadas del sistema de salud en la aculturación y expansión de la biomedicina, así como en la reducción de enfermedades asociadas a la pobreza<sup>114</sup> y de la mortalidad materna. El MMH, en su imposición, responde a intereses políticos y económicos, así como a relaciones de poder que reproducen una matriz de dominación de orden colonial, lo cual ha dejado un nulo margen para el reconocimiento de los procesos colectivos de generación y producción de conocimiento.

En este escenario, las parteras han enfrentado una constante invalidación de sus conocimientos, expresada en la prohibición de su práctica y en el menoscabo de sus voces. Esto ha minado la credibilidad y la percepción de su labor y de sus conocimientos ante la población y ante las nuevas generaciones. No obstante, han encontrado resquicios semipermitidos para ejercer como sobadoras, hierberas y curanderas, aunque estas prácticas también han sido objeto de estigmatización y prohibición, tal como se evidencia en sus testimonios.

Sin embargo, no son las únicas afectadas; el prejuicio de la negación epistémica también impacta en el sentido de pertenencia de las y los prestadores de servicios de salud. Una parte de ellos son originaria de las localidades de la región, pero su proceso académico los ha distanciado, generando prejuicios identitarios durante el proceso de disciplinamiento que configura el *habitus* médico. A partir de este *habitus*, interactúan y observan a la otredad-mismidad.

---

<sup>114</sup> Infecciones respiratorias (neumonía, bronquitis), enfermedades diarreicas, tuberculosis, desnutrición, daños neurológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica por el humo de la leña.

El proceso de profesionalización del personal originario de la SOT incidió en la construcción de sesgos cognitivos con los que se interpreta la realidad desde lecturas permeadas por espejismos hermenéuticos. En el desempeño laboral, niegan o enajenan su identidad para adaptarse a estructuras restrictivas, vigilantes y punitivas.

De esta forma, de manera general, predomina el desconocimiento y desvalorización de los procesos epistémicos de las parteras tradicionales, derivados de la incompreensión de dos sistemas de conocimiento diferenciados. El primero, el de las parteras, se basa en una construcción cognitiva forjada a partir de experiencias decantadas e internalizadas. En contraste, el MMH prioriza una formación escolarizada, normativa y jerarquizada que configura un *habitus* de dominio.

En el escenario regional, el concepto de interculturalidad se traduce en una práctica de atención condescendiente con la población indígena –en el mejor de los casos-, entendida más como una aptitud individual que como un enfoque estructural. Si bien constituye un eje de la política pública,<sup>115</sup> en la práctica –hasta el momento- no existen acciones definidas más allá de lo informativo.

Por otra parte, para el personal de salud, las capacitaciones sobre el enfoque intercultural son reduccionistas; aun cuando implican el reconocimiento de la diversidad y un trato de respeto y horizontalidad, las reflexiones no profundizan en lo que, a nivel institucional, implica su concreción en términos de reorientar el *habitus* de la práctica y formación médica. Así es impartido a un personal sanitario inmerso en cargas laborales, falta de personal y de equipo médico.

---

<sup>115</sup> Establecidos en el Marco Legal y Normativo para la Interculturalidad en Salud

**Figura 34.** *Escuchando, viendo, preguntando*



Partera Gonzala (GTR), de la localidad San Esteban, Mpo. Huehuetla  
Fotografía original de la autora, 2024.

#### **5.1.5 De violencias epistémicas: ya solo me quedó el miedo.**

Para avanzar en la comprensión de la violencia epistémica en los contextos situados, en los términos que proponen Fricker y Medina, habrá que escuchar la voz de las parteras sobre la reiterada prohibición, tanto explícita como tácita, de su práctica por parte del sector salud, la cual contradice los discursos del gobierno estatal y federal sobre el apoyo a la partería indígena.

Asimismo, es necesario observar el silenciamiento y el reduccionismo de las voces de las mujeres indígenas organizadas, que han denunciado los efectos de las esterilizaciones sin consentimiento, la violencia obstétrica y el desplazamiento de la partería indígena. Estos hechos han constituido formas de negación y violencia estructural y epistémica sistemática, como consecuencia de una política social y de salud históricamente excluyente y discriminatoria.

En este proceso se superponen dos discursos: el institucional y el de las parteras tradicionales. Sin embargo, el discurso de las parteras surge de una posición subalterna y

jerarquizada, marcada por opresiones cruzadas, históricamente ordenada desde una matriz de dominación que las ha colocado al margen de la política pública en salud.

En este contexto, se cuestionan sus agencias epistémicas como persona y como colectividad, no solo las voces de las activistas de los movimientos que, a contracorriente, ocupan un lugar como sujeto político, sino también aquellas que emergen en las narrativas testimoniales situadas en condiciones de aislamiento geográfico y social.

En estas dinámicas, el discurso institucional genera un espejismo hermenéutico mediante la adopción de conceptos que se institucionalizan para ser instrumentalizados en la acción política. Esta distancia entre el discurso y la realidad situada crea o profundiza las lagunas hermenéuticas o interpretativas, en las que las voces y la cotidianidad de las parteras son ignoradas. Ello, a su vez, invalida la capacidad de autonomía de las parteras como generadoras de conocimiento, y con ello se desdibujan e invalidan saberes y experiencias individuales y colectivas.

El espejismo hermenéutico se refiere a la interpretación individual y/o colectiva de una realidad o un fenómeno complejo; sin embargo, dicha interpretación se sustenta en marcos reduccionistas y distorsionantes. Las brechas entre la interpretación social dominante del discurso y una realidad invisibilizada e incomprendida constituyen las lagunas hermenéuticas de la injusticia epistémica.

En la política pública en salud, conceptos como interculturalidad y diálogo de saberes, tienen una connotación funcional, en el sentido planteado por Catherine Walsh (2012). Es decir, se utilizan como discurso oficial para legitimar al sistema dominante con acciones de inclusión, integración y reconocimiento de la diversidad cultural, sin alterar las relaciones de poder en la estructura social establecida: “En el campo de la salud, es este tipo de interculturalidad la que ha predominado, acentuando discursos y prácticas en las diferencias culturales, y poco en las desigualdades sociales” (Castro A. ,2021, p. 535).

A diferencia de la interculturalidad funcional, la interculturalidad crítica busca incidir en la realidad para transformar las condiciones sociales existentes. Asumo esta perspectiva como una posición epistémica y política con el fin de construir una narrativa propia.

Para contextualizar, me remito a un pasaje de mi experiencia profesional: hace aproximadamente una década, en un taller-reunión con lideresas indígenas convocado por el PNUD, en coordinación con el Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza A.C., se discutió sobre la interculturalidad, no como concepto, sino como práctica de la vida cotidiana. Una de las participantes señaló, en síntesis, que “los pueblos indígenas siempre han sido interculturales”, en el sentido de que han existido relaciones históricas y contemporáneas de interacción entre diferentes grupos, ya sea en términos comerciales, de solidaridad, de conflicto e incluso de subordinación y/o dominio. Además, otras participantes señalaron que es el Estado mexicano el que debería aprender a ser intercultural. En este sentido, la interculturalidad se presenta también como una relación de poder entre sectores estratificados y entre pueblos originarios y el Estado.

Desde una perspectiva relacional<sup>116</sup> de interculturalidad, se asume que toda interacción se da en términos de respeto y reciprocidad. Sin embargo, esto niega e invisibiliza prácticas de racialización y clasismo, minimizando la desigualdad social, la conflictividad y la dominación ejercida sobre los pueblos indígenas y sus conocimientos. Además, al desconocer los prejuicios ideológicos inherentes a las estructuras hegemónicas que la sostienen, se desvirtúa la complejidad de estas relaciones que configuran dicho entramado social.

De esta manera, la interculturalidad y el diálogo de saberes, concebidos como prácticas funcionales e integrados en los discursos públicos de la acción política, profundizan una laguna hermenéutica, ya que la realidad nos remite a escenarios que los contradicen, y ante ello no hay

---

<sup>116</sup> Catharine Walsh diferencia tres tipos de interculturalidad: funcional, relacional y crítica.

manera de nombrar el vacío existente entre lo que se narra en los testimonios de las parteras locales en relación con los discursos institucionales.

Las parteras de la SOT son conscientes de lo que ocurre (es decir, de su exclusión paulatina de los procesos reproductivos), tienen opiniones propias y cuestionamientos. Sin embargo, sus recursos de comunicación para nombrar experiencias sociales son limitados en términos de códigos culturales compatibles y hegemónicos, lo que también limita su acción e intervención política.

Además, la capacidad de escucha de sus posibles interlocutores está sesgada por una ignorancia activa (ver página 34), quienes, a partir de su propia arrogancia epistémica no reconocen sus impedimentos intelectuales en la comprensión de las otredades.

Su objetificación establece una distancia entre un “nosotros” en referencia a los “otros”, como sujetos epistémicos. En esta ecuación, lo ininteligible queda condenado a la subordinación y negación de las agencias epistémicas (Pérez & Radi, 2019) y consolida la idea de superioridad intelectual (o autoridad epistémica). Haraway (1995) lo visibiliza como mecanismo que alimenta sistemas de desigualdad y explotación, los cuales se trasladan a otros ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo la discriminación étnica y de género.

Si bien se puede afirmar que la interculturalidad funcional es inherente al discurso y a la acción de la política pública en los ámbitos de la salud y la educación, también ha generado espacios para la participación de aliadas y aliados de la salud reproductiva, así como de colectivos indígenas, ubicados en posiciones clave dentro de las estructuras institucionales de la política pública y académica, tanto del sector salud como en el INI-CDI-INPI.

En este marco se instituyeron las Casas de la Mujer Indígena (ahora Casas de la Mujer Indígena y Afroamericana), mencionadas en el Capítulo 3, que, con claroscuros, han permitido el fortalecimiento y la visibilización de liderazgos con capacidad de incidencia y diálogos con diversos sectores a nivel comunitario, estatal, nacional e incluso internacional.

Tubino (a2004, b2005) identifica a este tipo de interculturalidad, además de funcional como de corte neoliberal. A través de ella se han impulsado medidas de inclusión y reconocimiento cultural orientadas al fomento del diálogo y la tolerancia, aunque sin cuestionar ni transformar las raíces estructurales de la desigualdad social y cultural. Para el autor, el diálogo intercultural debería centrarse en el cuestionamiento de las determinantes socioestructurales, económicas, políticas, así como en develar las causas reales que limitan y obstaculizan el diálogo intercultural. En ese sentido, la estrategia ha sido actuar en los resquicios del presupuesto de la política pública para avanzar en la construcción de redes, alianzas y el fortalecimiento de liderazgos construidos en foros, encuentros, diplomados, talleres, entre otros.

No obstante, estos esfuerzos que se han construido en los resquicios de los espacios institucionales, prevalece un escenario de claroscuros. En los testimonios de las parteras se evidencian las contradicciones entre el discurso de la política pública y su concreción, que se manifiesta en procesos de exclusión, simulación, no reconocimiento, injusticia epistémica y un paulatino epistemicidio que avanza conforme a la edad de las parteras.

En relación con el desplazamiento de prácticas tradicionales, las parteras entrevistadas señalan que únicamente una de cada diez mujeres en proceso de gestación, aún contempla como opción la partería. Sin embargo, quienes acuden a servicios médicos institucionales no dudan en buscar el acompañamiento de las parteras para la consejería y los masajes de acomodo del bebé.

Según lo expresado por un funcionario de la Dirección de Profesiones del estado de Hidalgo, en el ámbito de la salud, las prácticas de partería tradicional pueden desarrollarse siempre que no se presenten complicaciones que comprometan la vida de la mujer o del producto, dado que la atención al parto en mujeres en edad fértil está sujeta a una estricta regulación sanitaria (VSJL, comunicación personal, 2022).

Este dicho fue reafirmado por la responsable del área de Judicatura local —en funciones durante el año 2023—, quien señaló que la práctica de la partería no está prohibida. No obstante,

se exige que las parteras dispongan de insumos esenciales como jabón, cepillo, navaja y guantes, así como de los conocimientos técnicos necesarios para la atención de un parto fisiológico.

La forma institucional de garantizar esto es a través de la impartición de capacitaciones. Los conocimientos son avalados por constancias expedidas por la misma Secretaría de Salud. No obstante, aun cuando la Sra. ECJ cuenta con un certificado de la Asociación Nacional para Asegurar la Competencia Laboral (ACERTAR) en “Atención Integral de la Mujer”, nunca se le permitió el acceso a la Sala de “Parto respetuoso” del Hospital Regional. La antropóloga Amparo Sevilla agrega, al respecto, que la partería tradicional se confunde con la atención humanizada, lo que resulta en el desvanecimiento de la profundidad cultural de esta.

Una mañana, un enfermero -así lo narra ella- se presentó en su domicilio con un oficio, en el que se le informaba que, en adelante, no podría seguir con su práctica.<sup>117</sup> ECJ guarda con cierta añoranza, los implementos de su trabajo. Me muestra una caja con formatos amarillentos por el tiempo como vestigios de su trabajo, y confiesa que el último niño que trajo al mundo fue hace siete años. No obstante, continuó brindando atención en un pequeño consultorio que instaló en su propio domicilio, por muchos hasta su fallecimiento en abril del 2025.

Sin embargo, de manera ocasional, ECJ –al igual que otras parteras- era convocaba por el sector salud o por los municipios para asistir en eventos públicos como representante de la partería tradicional de la subregión, frente a funcionarios y agencias internacionales. En este marco de interculturalidad funcional, se observa una forma de violencia simbólica, expresada en el uso instrumental de las representaciones de la partería tradicional.

---

<sup>117</sup> Este caso, no es la excepción, en la localidad de Cerro Chiquito, nos cuentan de una partera que atendió un parto gemelar, desgraciadamente, la mujer y los hijos fallecieron. Días después, el personal del sector salud se presentó al domicilio de la partera “se la llevaron” a una capacitación -cuenta AMI-, y desde entonces, esta persona dejó su práctica.

Los recursos válidos son los del MMH; aquí no hay lugar para los saberes subalternos de la medicina tradicional. Esto, en sí, constituye una laguna hermenéutica desfavorable para este sector en su carácter de sujeto epistémico. Si a ello se suman el género, la edad y la lengua, estas condiciones las colocan en un impedimento para comunicar los significados de las experiencias subjetivadas de la violencia, lo que conduce a una desventaja social, ya que no cuentan con el capital hegemónicamente validado para confrontar el sometimiento al MMH.

Las prohibiciones por parte del sector salud conforman estigmas epistémicos, que pesan tanto en usuarias como en parteras; se sospecha de sus decisiones y conocimientos. Así lo narra una usuaria (JSJ, 2023) al referirse a su primer embarazo.

Testimonio 6. Esa mañana que me sobó la partera amanecí con dolores y le dije a mi esposo que sí funcionó lo que me hizo [la partera], y nos fuimos al hospital. Ahí me revisaron y me dijeron que empezaba con trabajo de parto. Me hicieron las preguntas comunes: *¿tomaste algunas hierbas?, ¿fuiste a que te sobaran? Porque trae consecuencias.* Yo me quedé con miedo y les dije: no tomé nada, pero sí, sí fui a que me sobaran.

*Bueno, espero que no traiga consecuencias, porque las parteras no saben, lo que ahorita ya sabemos en la actualidad.* Desde que me dijo eso, entré con miedo; inclusive me regañaron en el hospital (JSJ. comunicación personal, 2022).

La interculturalidad funcional, al igual que el multiculturalismo, se va convirtiendo paulatinamente en un mecanismo que encubre y reconfigura prácticas de neocolonización en la objetificación de los sujetos de la medicina tradicional. En este sentido, la epistemología pluralista y la interculturalidad crítica representan un resquicio para cuestionar estas prácticas. La propuesta es la reflexión crítica de los propios pueblos, con el fin de generar condiciones situadas que favorezcan una ecología de saberes. Esta se concibe como un conjunto de prácticas que impulsan una nueva convivencia epistémica activa, bajo el supuesto de que todos los saberes, incluido el científico, pueden enriquecerse a través del diálogo (De Sousa, 2007, p. 68).

En resumen, la partería indígena de la Sierra Otomí-Tepehua enfrenta una serie de problemáticas para su permanencia; la más aguda de estas es la fractura intergeneracional en la transmisión y reconfiguración de conocimientos hacia nuevas generaciones. A la vez, su exclusión como sujetas de salud por parte de las instituciones ha impactado la percepción comunitaria, y la partería ha dejado, de a poco, de ser una práctica reconocida.

En la dimensión de la vida cotidiana de parteras y usuarias, la injusticia epistémica y hermenéutica se traduce en sesgos cognitivos, pérdida de información relevante, refuerzo de las estructuras de discriminación, además de ceguera en el análisis y detección de las causas reales de las determinantes sociales que impactan la salud reproductiva de las mujeres.

Exponer las experiencias situadas de intercambio epistémico entre parteras tradicionales comunitarias y sujetos institucionales en el tema de salud permite develar los mecanismos de la injusticia epistémica, que acusa un conjunto de prejuicios identitarios tejidos en la intersección de género, la clase y etnia, propios del orden colonial, reproducidos en los discursos ocultos tanto de operadores como de las instituciones bajo espejismos hermenéuticos. Es decir, son interpretaciones e instrumentalizaciones locales de los programas y ejes de los Planes nacionales y estatales de desarrollo para la operación de los servicios, que tienden a la objetificación de las parteras tradicionales como recursos humanos instrumentalizados, pero también como justificación de la puesta en marcha de la interculturalidad funcional.

En este contexto de claroscuros, en las últimas décadas las parteras tradicionales de la Sierra están siendo desplazadas, ignorando que, de manera histórica, son ellas quienes han asumido la tarea de acompañamiento y atención a las mujeres durante esta fase del ciclo de la vida, a través del uso de la herbolaria y prácticas rituales-espirituales, además de ser consejeras y escucha para quienes acuden a ellas, lo que constituye la dimensión afectiva de su práctica, a costa de su tiempo y esfuerzo.

**Figura 35.** *Certificación, reconocimiento e indiferencia*



Ph: Diana Carbajal Carbajal

Partera Estela (ECJ) en su espacio de consulta. En la pared del fondo se observan sus reconocimientos y certificaciones. San Bartolo Tutotepec, 2024.

Fotografía cortesía de Diana Carbajal C.

## 5.2 Nuevos discursos, viejas prácticas

Esta historia de divergencias y exclusiones tiene una larga trayectoria; sin embargo, un parteaguas significativo se ubica en la década de los setenta, con el impulso de políticas de control natal y la ampliación de la cobertura de salud en un territorio geográficamente abrupto y bioculturalmente diverso.

En el ámbito internacional, la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, se estableció como momento clave, a partir del cual las acciones de la política pública en salud se centraron en el primer nivel de atención, promoviendo la participación comunitaria y la cooperación internacional a fin de fortalecer la atención sanitaria. Así, la capacitación de promotores, médicos tradicionales y parteras tradicionales se presentó como estrategia para el logro de los objetivos de control natal, inicialmente a través del programa IMSS-COPLAMAR.

Uno de los mecanismos más evidentes de esta violencia epistémica es la obligatoriedad impuesta a las parteras tradicionales de asistir a capacitaciones orientadas a introducir

conocimientos desde el modelo biomédico, sin posibilidad de diálogo, así como la aceptación de certificaciones que han descalificado sus saberes y prácticas, mediante requisitos excluyentes.

El adiestramiento de agentes comunitarios como estrategia de cobertura no era una novedad en el México de los años setenta; acciones similares se habían realizado en ese sentido con fines sanitarios en las regiones de refugio, a través de la política indigenista.<sup>118</sup> Sin embargo, en la década de los setenta, su cooptación respondió a medidas alineadas con las iniciativas internacionales en materia de salud reproductiva, que el Estado adoptó para orientar las políticas de gestión del crecimiento poblacional hacia la reducción de las tasas de natalidad. Para regular esta estrategia, se promulgó el Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados de 1977.

Las capacitaciones biomédicas han sido una constante durante las décadas de los ochenta y noventa a través del IMSS-COPLAMAR y, posteriormente, mediante el IMSS-Oportunidades, con sus respectivas reconversiones en los sexenios siguientes (Freyermuth, 1993). Esta acción se ha mantenido como un pilar operativo hasta nuestros días.

La primera Ley General de Salud data de 1984, con dos modificaciones importantes - referente al tema- en 2009, 2014 y la más reciente de 2024. El Artículo 64, fracción IV, se anexó en 2009 y, establece la obligación de las autoridades sanitarias de implementar acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales en la atención del embarazo, parto y puerperio.

A partir de la LGS de 1984, se derivó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica, publicado en 1986,<sup>119</sup> con subsecuentes

---

<sup>118</sup> “Las regiones de refugio en México son áreas donde las comunidades indígenas han mantenido sus tradiciones, lenguas y formas de vida a pesar de la influencia externa. Este concepto fue desarrollado por Gonzalo Aguirre Beltrán, quien destacó cómo estas regiones han servido como espacios de resistencia cultural y social frente a los procesos de colonización y modernización” (Beltrán A., 1987)

<sup>119</sup> La primera Ley General de Salud data del 1984, con dos modificaciones importantes en el 2009 y 2014, Artículo 64 “En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: Fracción IV. Acciones de capacitación para

reformas a los artículos 102 y 114, realizadas en los años 2009, 2014, y 2018, en las cuales se consolidó la obligatoriedad del adiestramiento biomédico y se definió a la partera tradicional como “personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica”.<sup>120</sup> Además, se menciona la posibilidad de sanciones en caso de incurrir en infracciones durante su práctica, como no acudir a los cursos de actualización (DOF 17-07-2018).

Cabe señalar que en la reforma de 2014 se incluyó el artículo 6, (VII), en el que se facultó al sector salud para “coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección” (Última Reforma DOF 15-01-2014).<sup>121</sup>

Este marco estableció los lineamientos para la organización y operación de los servicios de salud, y ha sido el fundamento de las acciones operativas dirigidas a las parteras tradicionales, concretadas en la Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-2016, con base en la cual se orientan las prácticas de las parteras y los contenidos de las capacitaciones en las regiones indígenas y rurales. En esta norma se reitera la definición de la partera tradicional como “[...] personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica”<sup>122</sup>

---

fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”.

En la reforma del 2014, se incluyó: “Artículo 6 El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: Fracción VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección” (Última Reforma DOF 15-01-2014)

<sup>120</sup> ARTICULO 102.- Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años (DOF-14-05-1986)

<sup>121</sup> Artículo 64, Fracción IV. “Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”.

<sup>122</sup> Apartado 5.1.11 Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, 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.

Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas (DOF: 07/04/2016).

## ¿Un paso adelante?

En 2024 ocurrió la última reforma de la Ley General de Salud (DOF 26-03-2024), en el marco de las reformas legislativas promovidas por la 4T. En este se dio a conocer el Decreto 137, que entró en vigor el 27 marzo de 2024. En dicho decreto se enuncia el reconocimiento de la partería tradicional como parte del Sistema Nacional de Salud en la atención del embarazo, otorgándole la facultad para emitir certificados de nacimiento; asimismo se establece la diferencia entre la partería profesional, las personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería y la partería tradicional, cuyo reconocimiento recae en la comunidad, por lo que no depende de certificaciones académicas, en tanto que no es una profesión biomédica sino una práctica cultural.

Ante miradas que desconocen la realidad situada de las parteras indígenas y rurales, esto podría parecer benéfico; sin embargo, habrá que ahondar en esta laguna hermenéutica para analizar los pormenores de lo que han reportado las voces en defensa de la partería tradicional.

A la luz de estas voces y de la investigación situada, se deduce que existe un discurso oculto que, en la esfera pública, reconoce y promueve la práctica de la partería en condiciones dignas y, por el otro lado, continúa con el objetivo de regulación bajo un ojo disciplinario al sujetarlo al SNS. A la vez, se otorga un matiz de inclusión intercultural a prácticas que de por sí han venido sucediendo en las comunidades indígenas y que, de manera indirecta, han abonado a su reducción. Todo ello en tanto se legitima la subordinación de las parteras tradicionales al sector salud, en el papel que se les ha asignado como auxiliares comunitarias del proceso de gestación, al margen de los espacios clínicos.

En tanto que el SNS es el eje articulador de la norma, en la práctica difícilmente podría cambiar las relaciones asimétricas de poder que se traducen en inequidad epistémica. Lo que sí ahonda son las lagunas hermenéuticas, al distanciar el discurso de la realidad que se vive en las diversas comunidades indígenas del país. Las voces en defensa de la partería – constituida por

parteras, la academia crítica, organizaciones de la sociedad civil, comunicadoras- señalan en sus pronunciamientos los siguientes puntos:

1. La partería no tiene por qué ser regulada institucionalmente, ya que constituye sistemas de conocimiento, saberes y prácticas; este propósito constituye un ejercicio de poder y control biopolítico y forma de colonialismo sanitario, en tanto que no se reconoce a la partería tradicional como sujeto epistémico autónomo, sino como auxiliar comunitaria. Lo anterior reproduce, en la práctica, procesos de estigmatización y racialización hacia las sujetas, así como desconfianza hacia sus conocimientos y quehaceres.
2. Lo anterior se agrava al señalar que no existió una consulta previa, libre e informada con los pueblos originarios en general y las parteras indígenas en particular (de acuerdo con el marco jurídico nacional e internacional), en tanto sujeto social con agencia y capacidad política de diálogo, ya que esta medida legislativa afecta sus derechos culturales y reproductivos. Ello evidencia, además, un prejuicio epistémico estructural al desconocer al Frente de parteras indígenas como interlocutor político, lo que vulnera el derecho a la autodeterminación de los pueblos originarios.
- 3.- Otro de los puntos en cuestionamiento es la inscripción voluntaria de las parteras al Registro Nacional de Población (ReNaPa), ya que, el sector salud funge como intermediario a través del cual las parteras pueden acceder a los certificados de nacimiento. En ese sentido, coloca a la partería tradicional bajo el control institucional.

Tabla 22. Partería Tradicional en La Ley General De Salud (Decreto 137, DOF 26-03-2024)

Tema / Eje	Ley General de Salud	Ley de Salud para el Estado de Hidalgo
<b>Reconocimiento de la partería tradicional</b>	<p>Artículo 6º, fracción VI Bis Promover el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones dignas, incluida la partería tradicional;</p> <p>VII. Coadyuvar a la adopción de hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección;</p>	<p>Artículo 11 Bis. VIII Bis. - Promover el reconocimiento a los conocimientos y desarrollo de la medicina tradicional indígena, de la herbolaria y de la partería tradicional;</p>
<b>Atención materno-infantil</b>	<p>Artículo 64, fracción IV. Acciones para respetar, garantizar y proteger el ejercicio de las parteras tradicionales, en condiciones de dignidad y acorde con sus métodos y prácticas curativas, así como el uso de sus recursos bioculturales.</p>	<p>ARTÍCULO 16 SEPTIES. Las autoridades sanitarias impulsarán la realización de convenios y acuerdos de colaboración con instituciones de investigación, educación superior y centros de capacitación técnica y profesional para preservar, difundir y fortalecer la medicina y partería tradicional, a través de programas de capacitación acordes a su práctica, con un enfoque intercultural.</p>
<b>Validación</b>	<p>Artículo 64, fracción IV. Se reconoce su papel en la salud materna y neonatal, y se promueve su inclusión sin imponer esquemas de control o sustitución institucional.</p>	<p>ARTICULO 16 OCTIES. La autoridad sanitaria garantizará a las parteras tradicionales el ejercicio de dicha actividad en condiciones de dignidad y acordes con sus prácticas, y brindará los apoyos necesarios por lo que podrá otorgar una remuneración o estímulo como reconocimiento a su labor, conforme a las disposiciones aplicables en la materia.</p>
<b>Validación</b>	<p>Artículo 79 (interpretado en relación con el Decreto 137): Establece que el ejercicio de la partería tradicional se basa en el reconocimiento social y comunitario. La partería tradicional no se considera una profesión biomédica, sino una práctica cultural.</p>	<p>ARTICULO 16 OCTIES. De conformidad con lo que establece la Ley General de Salud, la actividad de las parteras se llevará a cabo sin condicionamientos o acreditaciones, siendo suficiente el reconocimiento comunitario.</p>
<b>Certificados de nacimiento</b>	<p>Artículo 389 Bis. 2º. Párrafo y artículo 392, segundo párrafo (adicionado) El certificado de nacimiento será expedido por profesionales de la medicina, parteras tradicionales y personas autorizadas para ello por la autoridad sanitaria competente.</p>	<p>ARTÍCULO 16 NONIES. Las parteras tradicionales están facultadas para expedir certificados de nacimiento en términos de la Ley General de Salud, a través de un lenguaje apropiado a su cultura e identidad, asentando en esta el día, hora, lugar de nacimiento, maternidad y sexo del nacido.</p>

Sistematización propia, con base a DOF-07-03-2024 y la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.

Estos mismos cuestionamientos son para la NOM-020-SSA-2025 como instrumento técnico del Decreto 137 que modifica la Ley General de Salud del 2024, en la cual se definen los procesos de prestación de los servicios de salud.

La NOM-020-SSA-2025 tiene como objetivo: “1.1.3 Especificar las acciones a desarrollar por los Servicios Institucionales de Salud para reconocer a las personas que ejercen la partería tradicional y facilitar su vinculación en acciones de salud materna y neonatal”. En particular, los apartados 6. “De la práctica de la Partería”, y 7. “De la Vinculación con los Sistemas de Salud con la Partería indígena”, mismos que, al igual que la LGS 2024 y el decreto 137, han sido objeto de cuestionamientos por parte de organizaciones en defensa de la partería, quienes han señalado su carácter regresivo en materia de derechos.

Entre la anterior NOM-007-SSA2-2016 y la nueva NOM-020-SSA-2025, existe una relación de interdependencia. La primera (2016) permanece vigente y es referencia obligada para la aplicación de la segunda - NOM-020-SSA-2025-, como lo indica este último documento en su apartado 2. Referencias normativas:<sup>123</sup>

Para la correcta aplicación de esta Norma, se deberán consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan: (...) 2.4 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 (DOF 03/03/2025, p. 19)

Entre ambas normativas existen diferencias y similitudes. En primer lugar, en la NOM-007-SSA-2016, las parteras tradicionales se encuentran subordinadas al control institucional, y su intervención se circunscribe a la atención de partos normales, bajo supervisión o referencia

---

<sup>123</sup> Para la correcta aplicación de esta Norma, se deberán consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan: (...) 2.4 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 (DOF 03/03/2025, p. 19)

médica. Por su parte, la norma reciente, NOM-020-SSA-2025, en tanto instrumento regulatorio con enfoque intercultural, reconoce a las parteras tradicionales como integrantes del Sistema Nacional de Salud y autoriza su intervención en partos de bajo riesgo. Es decir, cambia el tono del discurso, pero no el sentido, ya que, hasta el momento, la tendencia continúa siendo la referencia sistemática de los partos a espacios clínicos.

Una diferencia relevante en la nueva, NOM-020-SSA-2025, radica en que la obligatoriedad de la capacitación ahora también se dirige al personal de salud institucional. En el apartado 7 de este documento, relativo a la vinculación del Sistema Nacional de Salud, se destaca la importancia de capacitar al personal de los servicios institucionales de salud bajo un enfoque de salud intercultural. Asimismo, se indica que el SNS “debe reconocer a la partería indígena como parte de la medicina tradicional mexicana, con todos sus derechos y prerrogativas, y como un elemento esencial de identidad de los pueblos indígenas y afroamericanos (DOF: 04/03/2025, p. 12).

Ahora bien, una ambigüedad observada es la definición de a quiénes –ahora- se denominará “personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica...”, categoría que hasta ese momento estaba dirigida a parteras tradicionales,<sup>124</sup> como hasta entonces lo había establecido la LGS y su reglamentación. En cambio, en la NOM-020-SSA-2025, se define y actualiza la tipología entre:

- a) Parteras Profesionales;
- b) Parteras Tradicionales, y
- c) Personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería<sup>125</sup>.

---

<sup>124</sup> Como hasta entonces lo establecía el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención Médica del 2018, en su artículo 102 (DOC 17-07-2018) y la Guía para para la Autorización de las Parteras tradicionales como personal de salud no profesional.

<sup>125</sup> El texto de la NOM-020 incluye en la categoría de personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería, a “Personas que ejercen funciones de partería de manera independiente, aun cuando no cuentan con título o cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública y no son parteras(os) tradicionales (3.15)

En la nueva NOM, esta última categoría se asigna a la partería autónoma, aunque no de manera explícita. Asimismo, se establece una serie de restricciones que limitan su autonomía<sup>126</sup> debido al carácter obligatorio de la norma.

En síntesis, las disposiciones aplicables a las “personas no profesionales autorizadas para la prestación de servicios de partería” son: contar con la autorización de la Secretaría de Salud, con refrendo obligatorio cada dos años; la Inscripción obligatoria en el Registro Nacional de Partería (ReNaPa) para la expedición de certificados de nacimiento; así como la acreditación de capacitación obligatoria y de estudios previos en la materia, emitida por instancias oficiales. No obstante, el documento no especifica las sanciones aplicables para las parteras adscritas a este perfil, en caso de no cumplir con lo estipulado.

En relación con la obligatoriedad del registro en el ReNaPa (7.1.5.2.), este se plantea como voluntario para las parteras tradicionales. Sin embargo, en tanto que la expedición de los certificados de nacimiento estaría bajo el control de los servicios institucionales de salud, estos podrían condicionar tanto el acceso como el registro en el ReNaPa.

En términos generales, la NOM-020-SSA-2025, en la interpretación del artículo 7, se limita a reiterar que la interacción entre los servicios de salud pública y las parteras tradicionales debe realizarse bajo un enfoque intercultural, orientado a favorecer una vinculación respetuosa, horizontal y sin condicionamientos.

Esta trama de ambigüedades puede analizarse como una forma de violencia epistémica estructural generadora de lagunas hermenéuticas, en la medida en que el marco normativo no dispone de los recursos interpretativos necesarios para reconocer y traducir los saberes, prácticas y experiencias de las parteras tradicionales dentro del sistema de salud de un modo distinto al que históricamente ha prevalecido y ha sostenido el SNS. Por otro lado, al no establecer condiciones concretas y estructurales, la nueva norma tiende a reproducir injusticia

---

<sup>126</sup> Apartados 6.3.2

hermenéutica, al situar a las parteras en una posición de desventaja reproduciendo su estigmatización.

En la NOM-020-SSA-2025, se entiende como partera tradicional a:

3.12 Partera(o) tradicional. Persona reconocida por su comunidad, ya sea indígena o afromexicana, independientemente de si reside en áreas rurales o urbanas que, a través de la transmisión intergeneracional o comunitaria, propia de su cultura de origen, adquiere los conocimientos y prácticas tradicionales para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Estas prácticas están inscritas en sus cosmovisiones y se sustentan en el uso de sus recursos bioculturales <sup>127</sup>

Con la implementación de la NOM-020-SSA-2025 como instrumento técnico de la LGS, a nivel institucional se espera la reducción de la demanda de atención especializada en unidades de segundo nivel; el incremento en la calidad de los servicios sanitarios durante el embarazo, el parto y el puerperio; así como una mayor satisfacción de las usuarias. Asimismo, se busca promover los nacimientos por parto eutócico (por vía vaginal, no cesárea), y fomentar la aceptación de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico, y contrarrestar la violencia obstétrica y el aumento de cesáreas.

No obstante, entre ambas NOM se observa una desarmonización jurídica que da pie a interpretaciones confusas en su aplicación a mediano y largo plazo. Ello se debe a que la norma más reciente (NOM-020) se encuentra supeditada a las normas, lineamientos técnicos y guías de práctica clínica vigentes (5.1.5), los cuales parten de una perspectiva biomédica. Aunque esta

---

<sup>127</sup> 7.1.5.2 La identificación de las personas que ejercen la partería indígena, reconocidas por su comunidad y que aceptan de manera voluntaria inscribirse en el Registro Nacional de Partería (ReNaPa), el cual será considerado únicamente como un mecanismo para identificar las necesidades de articulación con personal de partería indígena para la atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales, así como para la dotación de Certificados de Nacimiento.

norma reconoce un enfoque intercultural, su implementación sigue condicionada por el marco normativo previo.

### **5.2.1 En el Estado de Hidalgo**

Las recientes modificaciones a la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, dadas a conocer en septiembre de 2024 y que se incorporan como espejo de la Ley General de Salud, contempla cuatro ejes principales en materia de medicina y partería tradicional en sus artículos 142 y 16. Dichos ejes son:

1. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales en la atención del embarazo, parto y puerperio (artículo 142 Undecies 10, VI., p. 50)
2. Remuneración o estímulo económico como reconocimiento a su labor (artículo 16 OCTIES).
3. Facultad para expedir certificados de nacimiento, en términos de la Ley General de Salud (ARTICULO 16 NONIES).
4. Impulso de acciones de capacitación, actualización y especialización de médicos tradicionales, curanderos y parteras, con el objetivo de fortalecer su competencia técnica, el manejo de otras técnicas, conocimientos e instrumentos auxiliares de la medicina. Estas acciones se basan en los derechos humanos y un enfoque intercultural, promovidas por la Secretaría de Salud en colaboración con universidades públicas (artículo 16, SEPTIES)

En relación a la Ley estatal y la NOM 020, y a la luz de los impactos acumulados durante las últimas cuatro décadas de políticas en salud reproductiva en la SOT, resulta poco factible la recuperación de la partería tradicional en los términos que sugiere la legislación, en tanto ello implicaría realizar ajustes estructurales a problemáticas que, de por sí, permanecen invisibilizadas.

En este escenario, resulta pertinente atender el caso particular de la partería tradicional en esta subregión de la Sierra Otomí-Tepehua. Las parteras de la región tienen una edad promedio de 68.5 años; algunas se han retirado de la práctica, otras continúan ejerciendo al margen de las instituciones, y las menos asisten a las capacitaciones.

Para el caso de la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, (reforma del 22 de agosto del 2025) dicta:

ARTÍCULO 16 SEPTIES. Las autoridades sanitarias impulsarán la realización de convenios y acuerdos de colaboración con instituciones de investigación, educación superior y centros de capacitación técnica y profesional para preservar, difundir y fortalecer la medicina y partería tradicional, a través de programas de capacitación acordes a su práctica, con un enfoque intercultural (p. 21)

Bajo este artículo se reitera la continuidad y fortalecimiento del eje de acción centrada en la capacitación biomédica. Al respecto, en la medida que las parteras tradicionales se retiren de su práctica, el sector salud puede tender a ocupar esos espacios con promotoras o auxiliares de salud, en el mejor de los casos, hijas, ahijadas, nietas de parteras, o con mujeres originarias que posean carreras truncas de enfermería técnica. De este modo, se consolidan los contenidos de capacitación y certificación técnica en los términos biomédicos-disciplinarios requeridos por la institución. Hasta el momento, los contenidos de las capacitaciones continúan centrados en la detección de riesgos y la canalización de los partos hacia la atención hospitalaria.

En términos generales, en el estado de Hidalgo, se observó una tendencia de promoción de la partería profesional en detrimento de la partería tradicional indígena. Esta estrategia inició en el 2019, mediante un acuerdo entre el gobierno del estado y el UNFPA, que derivó en la apertura de la Licenciatura en Salud Sexual y Reproductiva en Tulancingo. Para algunas analistas, esto constituye un elemento adicional de desplazamiento y suplantación de la partería tradicional, especialmente en regiones con alta concentración de población indígena.

Estas iniciativas orientadas a la promoción de la partería profesional forman parte de las acciones globales impulsadas por organismos internacionales, entre los que convergen la OMS, el UNFPA y la Confederación Internacional de Parteras (ICM), dirigidas a la formación de parteras profesionales, enfermeras y obstetras, enfermeras perinatales, con el objetivo de integrarlas en

los sistemas públicos de salud (Gynuity Health Projects, 2018), en el marco de la Estrategia Mundial de Partería 2018-2030.

La oficina de la UNFPA en México, en coordinación con la Fundación MacArthur, ha establecido acciones de fortalecimiento e incidencia en para definir el marco regulatorio de reconocimiento y validación de la partería profesional. En el estado de Hidalgo, esta iniciativa tomó forma con la integración del Grupo Intersectorial de Impulso a la Partería Estatal en 2016 (Adame, 2024),<sup>128</sup> en el que convergieron universidades del estado interesadas en la formación de perfiles orientadas a la salud reproductiva -como la Universidad Tecnológica de Tulancingo (UTT), la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (UICEH) y la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)- junto con instancias del sector salud, con el objetivo de implementar espacios de formación en partería profesional a nivel estatal.

En lo que refiere a la UICEH, en el *Diagnóstico de la Oferta educativa propuesta para la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (2018)*, que analizó la viabilidad de la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería, concluyó que, aun cuando se consideraba recomendable y prioritario para la SOT, un obstáculo sería la negativa del sector salud a emitir un dictamen favorable, salvo que se consideraran las licenciaturas de medicina y enfermería. Además, se cuestionaba la posibilidad de empleabilidad en el sector salud para los egresados de esta licenciatura.

En el caso de la Universidad Tecnológica de Tulancingo UTT, a seis años de haberse implementado la carrera de Salud Reproductiva y Partería, los y las egresadas enfrentan la falta

---

<sup>128</sup> El 7 de julio de 2016 se conformó el Grupo Intersectorial de Impulso a la Partería Estatal con el objetivo de implementar espacios de formación de partería profesional en el estado de Hidalgo. En la que participaron: Universidad Intercultural del estado de Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y la Universidad Tecnológica de Tulancingo e instancias del sector salud, como: La Secretaría de Educación Pública del Estado de Hidalgo, asociaciones civiles, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, Consejo Estatal de Población y la Secretaría de Salud de Hidalgo con la colaboración de la Subsecretaría de Servicios de Salud y el liderazgo de la Subsecretaría de Salud Pública.

de campos clínicos y ofertas laborales, debido a la ausencia de un profesiograma oficial que regule la inserción laboral de los egresados. Si bien esta licenciatura cuenta con reconocimiento académico, esto no se traduce en una categoría profesional homologada. Esta situación ha limitado la inserción laboral y el desarrollo profesional de los y las egresadas en instancias estatales y federales, reafirmando el carácter subalterno de la partería como alternativa, y como ejercicio de derecho en la salud reproductiva de las mujeres.

No obstante, las estudiantes y egresadas originarias de la SOT, provenientes de las carreras de la Salud Reproductiva y Partería de la UTT y de enfermería de la UICEH, podrían constituir un posible relevo generacional en los resquicios del sector salud. No obstante, para operar un enfoque de salud intercultural institucional en el ámbito regional, serían necesarios cambios legislativos y ajustes en el profesiograma institucional que permita una inserción con salarios dignos. Asimismo, se requiere un proceso reflexivo y autocrítico para revisar las relaciones de poder que se establecen al interior de las instituciones, y definir funciones, competencias y responsabilidades -es decir un profesiograma homologado-. Dicho escenario podría dar lugar a un nuevo modelo de atención; sin embargo, su concreción depende de la conjunción de voluntades políticas, recursos humanos y financieros, para incidir en los cambios estructurales y la intención de impulsar una partería profesional desde enfoques críticos, orientado al diseño de sistemas de conocimiento interculturales con salarios dignos.

En esta perspectiva, la segunda modificación de la Ley Estatal reconoce la necesaria *Remuneración o estímulo como reconocimiento a su labor (art.16 OCTIES, 22)*. Actualmente, las parteras reciben apoyos económicos destinados a cubrir viáticos para asistir a actividades de capacitación, y de manera eventual, una compensación de 700 pesos cada seis meses. A la fecha, son las familias de las usuarias quienes les brindan una pequeña retribución por el acompañamiento y la gestión.

En relación con la tercera modificación: *Facultad para expedir certificados de nacimiento en términos de la Ley General de Salud (artículo 16 NONIES)* las parteras de la subregión de la

SOT recuerdan que esta posibilidad les fue retirada hace años, lo cual asocian con la implementación del Seguro Popular. Al respecto, la NOM-020 establece que, para recibir la dotación de certificados de nacimiento, las parteras tradicionales deben estar inscritas en el ReNaPa o vinculadas a las instancias de la Secretaría de Salud, ya que estas tendrían en resguardo los certificados. Es decir, depende de la relación que las parteras tradicionales establezcan con el sector salud en lo local.

En conclusión, la LGS del 2024, bajo el cual se emite el Decreto 137 y la NOM-020- SSA-2025, en tanto que se supedita en su implementación a los lineamientos de la NOM-007-SSA2-2016 y a las guías de práctica vigentes, opera como mecanismos de control; en ese sentido, la perspectiva biomédica continúa siendo una limitante estructural para el avance social, operativo, y normativo. Esto, aunado a los cuestionamientos en defensa de la partería, con lo cual se puede pensar que, pese a incorporar un enfoque intercultural, este resulta retórico.

Al respecto, no es suficiente un discurso público de política intercultural, sino que es necesario y urgente articular criterios y voces provenientes de diferentes frentes, incluyendo las voces disidentes de la partería tradicional -indígena, rural y afroamericana-, con posibilidad real de incidir en el plano legislativo mediante el diálogo. Esta articulación debe orientar los ejes de la política pública en los tres niveles de gobierno, para generar transformaciones en lo local mediante el fortalecimiento de liderazgos comunitarios y saberes dialógicos. A fin de contrarrestar los prejuicios epistémicos que históricamente han pesado sobre la partería tradicional.

Tabla 23. Cuadro comparativo

	NOM-007-SSA2-2016	NOM-020-SSA-2025
<b>Denominación de la norma</b>	Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería en la atención integral materna y neonatal
<b>Objetivo</b>	1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.	1.1.3 Especificar las acciones a desarrollar por los Servicios Institucionales de Salud para reconocer a las personas que ejercen la partería tradicional y facilitar su vinculación en acciones de salud materna y neonatal.
<b>Enfoque</b>	Biomédico, con base a criterios clínicos y epidemiológicos	5.2.4 Enfoque intercultural La atención que se proporciona debe ser respetuosa, asertiva, con una comunicación clara y efectiva, sin tecnicismos, reconociendo la diversidad cultural y las costumbres, para favorecer la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud materna y neonatal, conforme a las necesidades de cada persona.
<b>Definición de Partera tradicional</b>	3.30 (...) La persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y práctica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, <b>la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.</b>	3.12. Persona reconocida por su comunidad, ya sea indígena o afroamericana, (...) que, a través de la transmisión intergeneracional o comunitaria, propia de su cultura de origen, adquiere los conocimientos y prácticas tradicionales para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.
<b>Tipo de atención permitida</b>	5.1.11 (...) Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.	6.3.2.5 Las personas no profesionales autorizadas por la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de partería podrán atender embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo que ocurran en su comunidad de afluencia, de conformidad con lo estipulado en el artículo 110 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
<b>Vinculación con parteras tradicionales</b>	Artículo 102. Condicionada a procesos de capacitación, autorización expedida por la Secretaría de Salud a través de certificaciones bianuales	7.1.5.4 La capacitación para la identificación oportuna de factores de riesgo durante la atención del embarazo, el parto y a la persona recién nacida, así como lo referente a la atención de emergencia obstétrica y reanimación neonatal acorde a su contexto, estará disponible para las parteras tradicionales que de manera voluntaria decidan su inscripción (...)
<b>Tipo de atención</b>	Atención médica en unidades de salud públicas del sector salud	Atención integral en unidades de salud y casas de partería, incluyendo partos de bajo riesgo fuera del hospital

	<b>NOM-007-SSA2-2016</b>	<b>NOM-020-SSA-2025</b>
<b>Certificado de nacimiento</b>	5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatria de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente. (Procesos oficiales de validación externa)	“Toda persona que otorga servicios de partería. Debe estar inscrita en el Registro Nacional de Partería (ReNAPa)” Lo que es voluntario en el caso de las tradicionales. Sin embargo: Los Servicios Institucionales de Salud dotaran los certificados de nacimiento.
<b>Perspectiva cultural</b>	5.1.11, la norma establece que la atención debe brindarse con respeto a la dignidad y cultura de la mujer y la persona recién nacida	5.2.4 Enfoque intercultural. La atención que se proporciona debe ser respetuosa, asertiva, con una comunicación clara y efectiva, sin tecnicismos, reconociendo la diversidad cultural y las costumbres, para favorecer la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud materna y neonatal, conforme a las necesidades de cada persona

Fuente: Elaboración propia, con base a la NOM-007 (DOF 7/3/2016) y NOM-020 (DOF 04/03/2025)

## Conclusiones

La partera es la que corta el ombligo [*ya 'yekã t'so*], ayuda a las señoras a tener a sus bebés, las acomoda si vienen mal, les lava su ropa, las bañan a ellas, y a sus bebés con plantas (Partera Gonzala, San Esteban).

La investigación social es una espiral de constante cotejo y diálogo con la realidad y con las y los sujetos del contexto en el que estamos inmersos, en la que, cada tanto, es necesario hacer una pausa momentánea para reflexionar, desandar parte del camino y tomar otras rutas de continuidad. En este proceso he aprendido el significado del silencio y de la escucha para aprender de las parteras su concepción del mundo, tejida con historias cotidianas y generosas compartencias. Me abrieron sus casas y temazcales; en cada encuentro me despedían con abrazos que restituían el alma. En los primeros seis meses del 2025, cuatro de ellas partieron a morar a la casa de sus antepasados. Así, las microhistorias que no fueron suficientemente contadas en toda su dimensión *corazonada* y que permanecen como deuda de esta investigación.

La partería tradicional indígena-rural ha sido necesaria para la reproducción material y espiritual de los pueblos *Ñuhu* y *Tepehua*; su existencia no ha dependido de la intervención estatal en la región, sino que la precede. Las mujeres de la Sierra Otomí-Tepehua que asumieron esta tarea en la década de los setenta y ochenta aún persisten en su quehacer de sanadoras, pese a sus avanzadas edades. En ese proceso de vida se constituyeron en un sujeto social emergente, articuladas en torno a una política de salud que implicó violencia disciplinaria y epistémica, ya que la partería se constituyó en medio de intervención sobre el cuerpo de las mujeres en el marco de un proyecto económico y político neoliberal con interés en el control demográfico de este sector de la población (Araya, 2011, p. 4).

En el contexto de la propuesta de investigación, la comprensión de este fenómeno, en la escala regional, se orientó a tres objetivos. El primero fue identificar los mecanismos que han

limitado la práctica y reproducción de la partería tradicional en la Sierra Otomí-Tepehua como sistema de conocimientos, cuyos sujetos se sitúan en la intersección de una serie de desventajas y condiciones sociales, como la ubicación geográfica de sus localidades, el género, la pertenencia étnica, la pobreza, y la edad. El segundo objetivo consistió en registrar los conocimientos y prácticas que han pervivido ante la imposición del modelo médico hegemónico como forma de resistencia cotidiana.

El entrecruce de ambos objetivos dio pautas para la comprensión del escenario actual de la partería tradicional en la SOT, en su particularidad histórica y territorial, lo que constituyó el tercer objetivo. Estos tres propósitos se fueron entrelazando con los ejes de investigación, que abordan los siguientes puntos:

- Los conocimientos y prácticas de la partería tradicional, construidos en la subalternidad, como estrategia de reproducción social, material y espiritual de las comunidades
- La exclusión y estigmatización de los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales, a pesar de ser proveedoras históricas de la atención sanitaria local

Considerando que, aun cuando las acciones de intervención del Estado en los ámbitos de la política social, indigenista, neo-indigenista y en salud reproductiva dirigido a los pueblos originarios han sido homogenizantes, sus impactos en las regiones indígenas han sido heterogéneos, pues se entrelazan con procesos históricos regionales, los cuales, en la Sierra Otomí-Tepehua, se interpretan como tardíos. Esta característica trasciende lo descriptivo para convertirse en una variable que, si bien no determinó, sí dificultó la conformación de colectivos organizados.

En este sentido, la delimitación diacrónica resultó clave, ya que como punto de quiebre marca el inicio de la implementación de las políticas de control natal en la SOT, a través del IMSS COPLAMAR a mediados de los ochenta. En este momento, el trabajo de las parteras tradicionales resultaba imprescindible ante las condiciones de pobreza extrema de la población y las distancias culturales y geográficas.

En este proceso de auge y desplazamiento se identifican tres momentos: La primera fase, de instrumentalización (1986-1994), se caracterizó por la integración de las parteras al modelo biomédico bajo una lógica de control demográfico a nivel estatal. La segunda, de estigmatización epistémica (1994-2018), profundizó la marginalización dentro de las políticas oficiales. Finalmente, una tercera fase podría denominarse de simulación o espejismos hermenéuticos, que reflejan un aparente reconocimiento e impulso, pero sin que ello implique un cambio sustancial en su legitimidad y posición dentro del sistema de salud.

En la primera fase, si bien las parteras de la SOT enfrentaron la instrumentalización impuesta por la biopolítica del Estado mexicano, su vinculación con el sector salud fue una medida razonada en relación a sus opciones de subsistencia, ya que las alternativas de vida 6+ nulas o limitadas. Por ello, desde su propia agencia y sentido común, asumieron la decisión que les permitió, durante veinte años (1980-1994), servir a su comunidad y tener un ingreso con su trabajo para reforzar la estructura familiar.

En muchos casos, tejieron redes y alianzas con personal de salud del SSH e IMSS, que en conjunto coadyuvaron a paliar las enfermedades asociadas a las condiciones de pobreza y reducir la muerte materna. De forma paralela, y en el transcurso del desplazamiento de sus prácticas, las parteras encontraron resquicios de participación en sus comunidades y de compartencia de saberes en espacios de capacitación institucional.

En la Sierra, la presión ejercida hacia esta práctica, a lo largo de estas fases, ha sido sistemática con efectos casi irreversibles y, de tan gradual, normalizada. En este proceso, la incidencia de las parteras tradicionales se ha mantenido en ámbitos locales e intercomunitarios. Esto contribuyó a su posición periférica en la investigación y el análisis académico, que ha centrado su interés en movimientos de mayor impacto político y social.

En este panorama de claroscuros, el desplazamiento de las parteras tradicionales ha estado acompañado por el avance de la aculturación médica en las poblaciones indígenas y rurales. En estos fenómenos se articulan diversos mecanismos de violencia epistémica, los

cuales han limitado tanto la práctica como la transmisión de conocimientos. Entre, estos pueden señalarse:

- a. La Instrumentalización-objetificación de las parteras como recursos humanos para la ampliación de cobertura desde mediados de la década de los ochenta, para actuar como enlaces con las comunidades.
- b. La implementación de los Programas de Transferencia Condicionada y el Seguro Popular, junto con el aumento de la infraestructura hospitalaria de segundo nivel en las cabeceras municipales y la expansión de la Atención Primaria en Salud (APS) en las clínicas de las localidades.
- c. Aunado a lo anterior, el incremento relativo de la escolaridad de la población y de las mujeres en particular, así como el aumento en la migración a Estados Unidos, y la intervención de las iglesias protestantes en los tres municipios.
- d. El retiro de las constancias de alumbramiento que daban fe de los nacimientos en la comunidad y la gratuidad del Seguro Popular. En tanto que las parteras tenían que atenerse al pago pauperizado de las familias que optaban por acudir a ellas.
- e. La suma de estos factores también ha incidido en la reconfiguración de las prácticas, percepciones y opciones de atención de las mujeres en etapa reproductiva, normalizando la medicalización de los procesos fisiológicos y la aceptación de la cesárea como parte de los procedimientos médicos. Para el personal médico, estas intervenciones se justifican como solución preventiva a posibles casos de preeclampsia o hemorragias, que podrían derivar en el deceso de la madre o el recién nacido; determinantes clínicos que pueden ser asociados a las condiciones preexistentes de salud, como desnutrición, hipertensión, diabetes u obesidad, las cuales están vinculadas con el contexto socioeconómico y las condiciones de vida de las gestantes.

f. El marco normativo: Modificación de la Ley General de Salud (DOF 26-03-2024), en el que se genera el Decreto 137, y normativas vinculadas (NOM-007-SSA2-2016 y NOM-020-SSA-2025), a través de las cuales se establece la regulación a la partería tradicional.

g. Esto ha derivado en un conflicto normativo respecto de los derechos culturales y lingüísticos de los pueblos originarios, reconocidos en el artículo 2º constitucional e instrumentos internacionales como el Convenio 169 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Respecto al último punto, tenemos que las reformas recientes a la Ley General de Salud y la implementación de la NOM-020-SSA-2025 se inscriben como continuidad de una racionalidad biopolítica, al ser presentadas como avances en el reconocimiento de la medicina tradicional y en específico de la partería tradicional. Sin embargo, dicho reconocimiento carece de condiciones efectivas que garanticen una participación epistémica real, quedando su concreción en una ambigüedad que entraña el riesgo de reproducir una injusticia hermenéutica de carácter estructural, derivada de inconsistencias normativas y de tensiones persistentes entre los conocimientos y saberes históricamente subalternizados y estigmatizados.

En el entendido de que, mientras no se definan mecanismos operativos claros, responsabilidades y sanciones institucionales construidas en diálogo con los pueblos originarios, y en específico con el frente de parteras indígenas, el margen de avance será limitado y se mantendrá en el plano de lo discursivo. A la vez, que este proceso exigiría también la problematización y el reconocimiento de las relaciones asimétricas de poder y de la posición subalterna de las parteras frente al personal de salud institucional, sustentado por el propio Modelo Médico Hegemónico (MMH). En tanto reproductor del *habitus* médico y sin una incidencia estructural, cualquier intento seguirá siendo insuficiente.

En tanto, en el panorama actual, la capacitación técnica biomédica se presenta como una insistencia normativa que continúa definiendo qué saberes son válidos y cuáles deben ser corregidos, impuesta desde una visión validada por el MMH, desde un prejuicio epistémico y

una ignorancia activa<sup>129</sup> y condescendiente que permea lo social y las tomas de decisión de las diferentes escalas administrativas. Esto coloca a las parteras indígenas y rurales en una posición de vulnerabilidad epistémica frente a criterios externos que evalúan su práctica y deciden sobre las formas o maneras de continuidad y validación.

Así, la regulación –en el caso de la SOT- ha impactado el quehacer de las parteras tradicionales como mujeres indígenas, adultas mayores y hablantes de lenguas originarias, reforzando jerarquías epistémicas bajo la apariencia de inclusión, invisibilizado los efectos de exclusión mediante los discursos de interculturalidad y dignificación de su práctica.

Estos factores abonaron a escenarios de estigmatización, dando lugar a la construcción de espejismos y lagunas hermenéuticas que configuran una violencia estructural epistémica. Esta violencia, ejercida de manera sistemática, ha sido subjetivada y manifiesta por las parteras a través de testimonios de injusticia cotidiana, normalizados, que también han mermado su capacidad de agencia y posibilidades de relevo generacional, por lo menos en el contexto de las comunidades de la subregión.

En este sentido, una primera reflexión es que las nuevas políticas de la interculturalidad funcional de los gobiernos que se autoinscriben como de izquierda tienden a la permanencia de las lagunas y espejismos hermenéuticos de la violencia epistémica, al sustentarse en discursos ideológicos que terminan por reproducir prácticas de instrumentalización. Esto se observa, por ejemplo, en la apropiación de las representaciones de lo que, institucionalmente suponen, es la partería tradicional, desde el esencialismo, la ancestralidad, y la gratuidad, asociadas al género y la etnicidad.

---

<sup>129</sup> “ignorancia activa” para referir a los sujetos jerárquicamente privilegiados “incapaces de reconocer sus propias limitaciones intelectuales”; en antítesis acuña el concepto de “resistencia o activismo epistémico” (Medina, J. 2013, p. 9), como se cita en la página 35 de este documento.

En el marco de un prejuicio epistémico condescendiente, estos discursos carecen de sustancia y se distancian de la realidad situada de las parteras tradicionales, y, por otro lado, coadyuvan al proceso de epistemicidio al ignorar las problemáticas y condiciones de su realidad, a la par que se minimizan y niegan las voces que se alzan en defensa de la partería tradicional como movimiento social.<sup>130</sup>

La nueva perspectiva política de Estado aparenta favorecer la promoción de la partería tradicional, pero, al construirse sobre una base en la que predominan el estigma y el prejuicio epistémico, termina por reproducirlo. A partir de esta contradicción, se elaboran discursos que justifican la interculturalidad funcional, sin transformar realmente las condiciones estructurales. En la práctica, la partería tradicional ha sido sistemáticamente invisibilizada, y sus propias protagonistas han sido negadas como sujetas generadoras de conocimiento.

La subordinación y los prejuicios epistémicos han impedido un efectivo diálogo de saberes que podría haber derivado en modelos de interculturalidad en salud más accesibles en términos culturales. Si bien se lograron identificar binomios virtuosos entre parteras y personal de salud, estos se dieron en la práctica aislada y no llegaron a consolidarse como modelos de intervención intercultural. Como resultado, la política social y de salud ha llevado a las parteras a un repliegue epistémico y, por el contrario ha coadyuvado a la construcción de un estigma hacia su práctica, asignándole un sello de riesgo para la salud de las mujeres.

Este tipo de opresión ha sido una constante en la experiencia de las parteras indígenas como sujetas de conocimiento, quienes han sido instrumentalizadas y objetificadas no solo por el Estado mexicano, a través de políticas de corte neoliberal, sino también por diversos actores con distintos intereses. Entre ellos, la academia acrítica y extractiva, algunas organizaciones de

---

<sup>130</sup> Al respecto habrá que matizar, ya que la salud con calidad y calidez es un derecho inalienable de los pueblos originarios. Aquí se hace alusión a la incapacidad administrativa del estado, en términos operativos pero también en el ejercicio opaco de los recursos financieros en todas las escalas administrativas.

la sociedad civil e, incluso, ciertos sectores de la partería autónoma. En este marco, la situación actual de la partería tradicional es crítica, pues continúan enfrentando procesos de marginación y deslegitimación estructural.

En términos esperanzadores, poner en el centro las narrativas y conocimientos de las parteras tradicionales como base para de la reflexión crítica podría coadyuvar a interesar a una generación de jóvenes originarias de estas localidades, con agencia para establecer diálogos; sin embargo, es necesario crear las condiciones para estas posibilidades, que si bien parte de la base, construirlas desde la subalternidad implica una tarea continua de las y los interesados.

En la perspectiva en que se presenta la situación de la partería tradicional en la SOT, una de las salidas viables sería analizar e historizar los procesos con estudiantes indígenas para construir una partería sino tradicional –en los términos que la conocemos-, si una práctica con enfoque crítico, con base a evidencia empírica y social, fundamentada en una raíz cultural. Entendiendo que el sentido de lo colaborativo se construye en el hacer situado y en la vigilancia epistémica, lo que trasciende esta investigación. No obstante, a raíz de este proceso, se ha tratado de promover una incipiente reflexión, con acciones concretas.

En el 2023 y 2024, se promovieron talleres y espacios de compartencia entre estudiantes del área de la salud con parteras tradicionales. En una segunda fase, se ha construido un grupo de reflexión y trabajo colaborativo para la investigación endógena en torno a la partería tradicional, con estudiantes de enfermería originarias de la región hablantes del *ñuhu*, con intereses temáticos que trascienden las perspectivas culturalistas.

En términos teóricos, el abordaje a través de los conceptos de injusticia testimonial y hermenéutica permitió focalizar el análisis de las formas situadas y dar cuenta de la subjetificación de las sujetas frente a los procesos macro, a partir de los cuales se toman decisiones sobre la supervivencia familiar y colectiva.

Si bien las perspectivas de Michel Foucault han permitido advertir cómo operan, en un nivel estructural, las dinámicas de poder y disciplinamiento que reproducen los dispositivos de

control-poder, su articulación con las propuestas de la filosofía social de Miranda Fricker y José Medina, resulta compleja, ya que la aplicación de conceptos como injusticia epistémica/hermenéutica, y espejismos/lagunas hermenéuticas plantean desafíos interpretativos, dado que se trata de conceptos aún en proceso de construcción y debate. Estos términos refieren a la explicación de fenómenos hermenéuticos difíciles de aprehender, lo que aumenta el riesgo de generar sesgos cognitivos en su aplicación analítica.

Por otro lado, esta construcción me llevó también a integrar perspectivas teóricas más cercanas a la forma en que las parteras tradicionales experimentan su constitución epistémica como sujetas cognoscentes. Entre ellas, la epistemología pluralista, el feminismo comunitario y el feminismo indígena, enfoques que coadyuvaron al entendimiento de procesos locales.

A la par, se reconoce que una de las debilidades de esta investigación es que no hubo suficiente tiempo para explorar, de manera más sistemática, las miradas y voces de las nuevas generaciones de nietas y nietos de parteras, sus intereses, percepciones y lugar en el mundo. Este pendiente se suma a la necesidad de profundizar en el trabajo con estudiantes de las carreras del área de salud, entre quienes se encuentra un número significativo de jóvenes indígenas. También queda como deuda integrar las voces del personal de salud que han trabajado en los últimos treinta años en la región y, que a la par de las parteras coadyuvaron con su trabajo a crear mejores condiciones sanitarias en la subregión.

Por último, el análisis de la violencia epistémica como expresión de la violencia estructural podría constituir el principal aporte de este documento, pues permite comprender y visibilizar los mecanismos de violencia e injusticia epistémica, y avanzar en la reflexión sobre la realidad desde marcos culturales propios que emergen de la experiencia situada.



### Referencias bibliográficas

- Adame, S. M. (2024). La formación de parteras profesionales: La experiencia de la Universidad Tecnológica de Tulancingo. En G. Nigenda & G. R. Zárate (Coords.), *Experiencias de parto humanizado en México* (pp. 41–54). Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Agenda para la Defensa y Promoción de la Partería Tradicional en México (2024). *Ichan Tecolotl*. <https://ichan.ciesas.edu.mx/agenda-para-la-defensa-y-promocion-de-la-parteria-tradicional-en-mexico/>
- Aguirre, R. C. (2010). Edward Palmer Thompson en América Latina: Sobre la economía moral de las multitudes latinoamericanas. *Revista de Ciencias Sociales e Historia*, 1, 1–15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=737080498002>
- Alarcón Lavín, L. R. (2024). *La otra historia de la medicina en México: Entre los rescoldos del colonialismo español, positivismo ilustrado europeo, nacional socialismo austrohúngaro, capi-neoliberalismo norteamericano y el neopopulismo mexicano*. Ediciones Diálogos por la Educación.
- Alarcón Lavín, L. R., Álvarez Romo, D., & Colectivo de Autores. (2021). *Las parterías tradicionales en América Latina: Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*. Centro de Estudios de la Escuela de Partería El Lugar. [https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-con-portadas\\_202108](https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-con-portadas_202108)
- Alarcón, Lavín. R. (2021). El etnocidio de la partería tradicional indígena *tselta tsotsil*: ¿Maquinación de una profecía auto cumplida? En L. R. Alarcón, T. A. Salazar, R. D. Álvarez, M. V. Arana, & Ma. J. Araya, *Las parterías tradicionales en América Latina: Cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 23–67). Centro de Estudios de la Escuela de Partería El Lugar. [https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-con-portadas\\_202108](https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-con-portadas_202108)
- Alvarez Gómez, N. (2016). El concepto de hegemonía en Gramsci: Una propuesta para el análisis y la acción política. *Estudios Sociales Contemporáneos*, 15, 152–162. <https://www.redalyc.org/pdf/6459/645967672008.pdf>
- Alianza Cívica, A. C. (2013). Monitoreo ciudadano sobre las 20 jurisdicciones de salud con mayor mortalidad materna. En G. Freyermuth & P. Sesia (Eds.), *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social* (pp. 65–88). <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Monitoreos-diagn%C3%B3sticos-y-evaluaciones-en-salud-materna-y-reproductiva.-Nuevas-experiencias-de-contralor%C3%ADa-social.pdf>
- Arango, G. L. (2014). El trabajo y la ética del cuidado. (F. Ecuador, Ed.) *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 221-224. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1440>
- Araya, M. (2011). *Parteras indígenas: Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Ediciones Abya Yala.

- Arguello, A. H. (2021). *Mortalidad materna a principios del siglo XXI en los Altos de Chiapas, México: Violencia estructural y búsqueda de atención*. (Tesis doctoral, CIESAS-Sureste, Ed.) <https://hdl.handle.net/10803/692382>.
- Argüello-Avendaño, H., & Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado. ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, *XII*, 13-29. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272014000200002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002)
- Asamblea Nacional Política de Mujeres Indígena. Pronunciamiento "Mujeres Indígenas, Resistencia y Creatividad desde los territorios. <https://anpmi.com.mx/pronunciamiento-a-11-anos-de-caminar-de-la-anpmi/>
- Atkin, L. E. (2015). *Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México* [Informe técnico]. Fundación MacArthur. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Iniciativa-de-la-Fundaci%C3%B3n-MacArthur-para-promover-la-parter%C3%ADa-en-M%C3%A9xico.-Informe-de-la-l%C3%ADnea-de-base-de-la-evaluaci%C3%B3n\\_compressed-1.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Iniciativa-de-la-Fundaci%C3%B3n-MacArthur-para-promover-la-parter%C3%ADa-en-M%C3%A9xico.-Informe-de-la-l%C3%ADnea-de-base-de-la-evaluaci%C3%B3n_compressed-1.pdf)
- Atkin, L., Keith-Brown, P., Sesia, P., & Ress, W. M. (2017). *Iniciativa de la Fundación MacArthur para promover la partería en México: Informe de resultados de la línea de base*. UNFPA. [https://www.macfound.org/media/office\\_article\\_pdfs/linea\\_de\\_base\\_parteria\\_\\_version\\_completa\\_en\\_esp.pdf](https://www.macfound.org/media/office_article_pdfs/linea_de_base_parteria__version_completa_en_esp.pdf)
- Atkin, L., Keith-Brown, P., Sesia, P., & Ress, W. M. (2017). *La partería en México*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). <https://mexico.unfpa.org/es/publications/la-parter%C3%ADa-en-m%C3%A9xico>
- Atkin, L., Keith-Brown, P., Sesia, P., & Ress, W. M. (2019). *Fortalecimiento de la partería profesional en México: Evaluación de los avances 2015–2018*. Fundación MacArthur. <https://search.issuelab.org/resource/fortalecimiento-de-la-parteria-profesional-en-mexico-evaluacion-de-los-avances-2015-2018.html>
- Ávila-Fuenmayor, F. (2006). El concepto de poder en Michel Foucault. *TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, *8*, 215–234. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318557005.pdf>
- Bach, A. (2018). Epistemología, feminismo y los saberes de las agentes indígenas. *Memoria Académica. UNLP-FaHCE*, *Vol. 2*, e051, 1–15. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.8905/pr.8905.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8905/pr.8905.pdf)
- Báez Cubero, L., Garrett Ríos, G., Pérez González, D., Moreno Alcántara, B., Fierro Alonso, U. J., & Hernández García, M. G. (Coords.). (2012). *Los pueblos indígenas del Estado de Hidalgo: Atlas etnográfico*. Gobierno del Estado de Hidalgo & Instituto Nacional de Antropología e Historia. [https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-conportadas\\_202108](https://archive.org/details/libro-parterias-tradicionales-conportadas_202108)

- Báez, Cubero. L. (2020). Saber ritual otomí. Técnicas del cuerpo y del espíritu. (INAH, Ed.) *Diario de campo*. Cuarta época. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/17213>
- Barajas, G. (2002). Las políticas de atención a la pobreza en México, 1970–2001: De populistas a neoliberales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 7 (20), 553–578. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29002004>
- Barba Solano, C., & Valencia Lomelí, E. (2011). Hipótesis no comprobadas y espejismos de las transferencias monetarias condicionales. En C. Barba Solano & N. Cohen (Coords.), *Perspectivas críticas sobre la cohesión social: Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina* (pp. 195–224). CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120529075631/BarbaSolano-Cohen.pdf>
- Barragán, S. A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*, 61-78. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/4346>
- Barrington, M. (1989). *La injusticia: bases sociales de la obediencia y la rebelión*. México: UNAM. <https://archive.org/details/moore-barrington.-la-injusticia.-bases-sociales-de-la-obediencia-y-la-rebelion-ocr-1978-1996>
- Barroso, C. C. (2004). La fecundidad indígena en México bis la a bis la visión de los programas oficiales. ¿Caminos divergentes? (U. d. Colima, Ed.) *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, Vol. X, núm. 020, 79-105. [https://bvirtual.ucol.mx/descargables/536\\_la\\_fecundidad\\_indigena.pdf](https://bvirtual.ucol.mx/descargables/536_la_fecundidad_indigena.pdf)
- Bautista, J. E., & López Arellano, O. (2017). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud. *Salud Problema. Segunda Época*, año 11, número 21, 1-26. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/512/512>
- Berrio, P. L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. (Tesis de doctorado UAM-Iztapalapa, Ed.) Ciudad de México, México. [cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/TESIS/1\\_D153.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/TESIS/1_D153.pdf)
- Berrio, P. L. (2015). Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones desde la antropología médica. *Boletín del CNEGSR*. [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13\\_3/13\\_3Art1.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf)
- Berrio, P. L. (2019). La partería tradicional en México: Un campo en disputa. En R. E. Conde, S. Román & Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Eds.), *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural* (pp. 4–10). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/parteria-tradicional.pdf>
- Berrio, P. L. (2020). Cuerpos intervenidos, violencias naturalizadas: Reflexiones sobre la violencia obstétrica e institucional experimentada por mujeres indígenas. En P. L. Berrio, M. Castañeda, M. Goldsmith, M. Ruiz, M. Salas, & L. Valladares (Coords.), *Antropologías*

- feministas en México: Epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas*. UAM. [https://tezcAtl.ciesas.edu.mx/index.php?title=Cuerpos\\_intervenidos,\\_violencias\\_naturalizadas.\\_Reflexiones\\_sobre\\_la\\_violencia\\_obst%C3%A9trica\\_e\\_institucional\\_experimental\\_a\\_por\\_mujeres\\_ind%C3%ADgenas\\_en\\_Guerrero](https://tezcAtl.ciesas.edu.mx/index.php?title=Cuerpos_intervenidos,_violencias_naturalizadas._Reflexiones_sobre_la_violencia_obst%C3%A9trica_e_institucional_experimental_a_por_mujeres_ind%C3%ADgenas_en_Guerrero)
- Berrio, P. L. (2020). Procesos reproductivos de jóvenes indígenas en Guerrero. En R. M. Osorio Carranza (Coord.), *Problemas actuales de salud en México: Aportes desde la antropología médica* (pp. 142–170). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Blancas, M. E. (2022). Desarrollo marginado: Estructuración, enclasmamiento y subjetividad en la Sierra Otomí-Tepéhua. En R. M. Quezada (Coord.), *Reflexiones sobre el desarrollo local y los contrastes del desarrollo en las localidades más marginadas de Hidalgo* (pp. 149–180). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://repository.uaeh.edu.mx/books/79/rd.pdf>
- Blazquez, G. N. (2010). Investigación feminista: Temas centrales. En G. N. Blazquez, P. F. Flores & E. M. Ríos (Coords.), *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21–38). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). [https://puedjs.unam.mx/movimientos-feministas/wp-content/uploads/2023/11/Blazquez\\_-\\_Epistemologia-feminista-Temas-centrales.pdf](https://puedjs.unam.mx/movimientos-feministas/wp-content/uploads/2023/11/Blazquez_-_Epistemologia-feminista-Temas-centrales.pdf)
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI editores.
- Broncano, F. (2021). *Conocimiento expropiado. Epistemología política en una democracia radical*. Ediciones Akal.
- Cabnal, L. (2013). Para las mujeres indígenas, la defensa del territorio tierra es la propia defensa del territorio cuerpo. En PBI (Ed.), *Abriendo espacios para la paz* (pp. 1–7). Peace Brigades International. [https://pbi-mexico.org/fileadmin/user\\_files/groups/spain/1305Entrevista\\_a\\_Lorena\\_Cabnal\\_completa\\_01.pdf](https://pbi-mexico.org/fileadmin/user_files/groups/spain/1305Entrevista_a_Lorena_Cabnal_completa_01.pdf)
- Cabnal, L. (2014). Acercamiento a la construcción de la propuesta del pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En L. Cabnal & ACSUR (Eds.), *Feminismos diversos: El feminismo comunitario* (pp. 11–25). ACSUR – Las Segovias. <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2019/07/Cabnal-2010-Propuesta-de-Pensamiento-Epistemico-Mujeres-Indigenas.pdf>
- Campos Navarro, N. R. (1996). Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropología*, 16(53), 105–120. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/nueva-antropologia/article/download/14776/13181>
- Campos Navarro, N. R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Salud Pública*, 27(1), 11–22. [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342010000100016](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100016)
- Campos Navarro, N. R., Sánchez García, G. C. & Tascón Mendoza, M. J. (2024). Medicina tradicional mexicana: Orientaciones y tendencias (1994–2019). En N. R. Campos

- Navarro, G. C. Sánchez García & M. J. Tascón Mendoza (Eds.), *Medicinas indígenas y afromexicanas: Una aproximación diagnóstica* (pp. 9–27). Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.
- Cardozo Brum, M. (1993). La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. *Gestión y Política Pública*, 2(2), 365–391. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). [https://cide.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1011/806/1/000002782\\_documento.pdf](https://cide.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1011/806/1/000002782_documento.pdf)
- Carrillo Salgado, S. M. (2021). *Procesos de asociación cafetalera y estrategias de reproducción campesina en la Sierra Otomí-Tepehua: De la desestructuración del INMECAFE a la segunda década del siglo XXI* (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco).
- Carrillo Trueba, C. (2006). *Pluriverso. Un ensayo sobre el conocimiento indígena contemporáneo*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión: Las parteras tituladas en México. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19(2), 167–190. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/106147/150123>
- Carrillo, A., & Zolla, C. (2022). Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En J. G. Figueroa Perea (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 167–198). El Colegio de México. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/download/106140/150115>
- Carrillo, Salgado. M. (2014). *Producción de café y bordados en la Sierra Otomí Tepehua. Formas de organización y prácticas comunitarias*. Ed. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo.
- Castelán Lorenzo, M. (2022). El café de la Sierra Otomí-Tepehua y su importancia en la protección de la biodiversidad. *Revista Chapingo Serie Agricultura Tropical*, 28(2), 101–118. Universidad Autónoma Chapingo. <https://doi.org/10.5154/r.rchsagt.2022.02.03>
- Castro, Ana Rita. (2021). Hacia una tipología de la interculturalidad en salud: Alcances, disputas y retos. *Andamios*, Vol. 18 Núm. 45, 535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- Castro, Roberto & Erviti Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México. [https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf\\_1464.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)
- Castro, Roberto. (2010). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En R. Castro & López, Alejandra G. *En Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (págs. 49-72). CRIM-UNAM. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/131>
- Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es).

- Chávez Galindo, A. M., & Rodríguez Hernández, F. (1998). El Programa de Solidaridad y la organización comunitaria en el estado de Morelos, México. *Estudios Demográficos Y Urbanos*, 13(2), 379–405. <https://doi.org/10.24201/edu.v13i2.1020>
- Chayanov, A. V. (1984). *La organización de la unidad económica campesina*. Editorial Nueva Visión.
- COESPO. (2021). *Estrategia hidalguense para la prevención del embarazo en adolescentes*. Pachuca de Soto: Instituto Hidalguense de las Mujeres/ Consejo Estatal de Población. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718626/GEPEA\\_HIDALGO\\_Informe\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718626/GEPEA_HIDALGO_Informe_2021.pdf)
- COESPO. (2022, 2023). *Prospectiva de Mujeres en edad reproductiva del estado de Hidalgo*. Boletín informativo 11/23.
- Collado Ardón, R., & García Torres, J. E. (2014). Los médicos en México en 1970. *Salud Pública de México*, 17(3), 309–324. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1401>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (1974). *Población y desarrollo en América Latina* (ST/ECLA/CONF.48/DOC.REF.1). Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/18697>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2012). *Instituto Nacional Indigenista: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 1948–2012*. CDI. <https://www.cdi.gob.mx>
- Consejo Estatal de Población de Hidalgo (COESPO). (2023). *Prospectiva de mujeres en edad reproductiva del Estado de Hidalgo* (Boletín Informativo 11/23, núm. 2). COESPO.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2024). *Datos de avance municipal 2024: DataMun*. <https://sistemas.coneval.org.mx/DATAMUN/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). Capítulo 4. Evolución de la pobreza municipal en Hidalgo, 2010–2015. En CONEVAL (Ed.), *Informe de pobreza y evaluación 2020: Hidalgo* (pp. 6–114). [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes\\_de\\_pobreza\\_y\\_evaluacion\\_2020\\_Documentos/Informe\\_Hidalgo\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Hidalgo_2020.pdf)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2020). *Hidalgo. Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por municipio, 2020*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices\\_Coleccion\\_280623\\_en\\_tymun-p\\_ginas-1-153.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices_Coleccion_280623_en_tymun-p_ginas-1-153.pdf)
- Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (CONAMI) (2012). *Agenda Política de las Mujeres Indígena de México*. México, D.F.: PNUD.
- Cortés Campos, I., & Peniche Moreno, P. (2025). Políticas de salud para la atención a pueblos indígenas. El caso de las auxiliares de salud mayas en la región oriente del estado de

- Yucatán, México. *Estudios De Cultura Maya*, 62, 327-358.  
<https://doi.org/10.19130/iifl.ecm/62/000XS00146W11>
- Davidson, Arnold I. (2012). Elogio de la conducta. *Revista de Estudios Sociales No. 43*, 152-164. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4219350.pdf>
- Daza Weimar, I. (2017). Epistemología pluralista, investigación y descolonización. Aproximaciones al paradigma indígena. *RevIISE- Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 9, núm. 9, pp. 111-125.  
[https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/issue/view/15/RevIISE\\_N9](https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/issue/view/15/RevIISE_N9)
- De Márquez B., Viviane. (1984). La política de planificación familiar en México: ¿Un proceso institucionalizado? *Revista mexicana de sociología*, 46, 285-310. UNAM.  
 doi:<https://doi.org/10.2307/3540183>
- De Sousa Santos, B. (2009). Más allá del pensamiento abismal: De las líneas globales a una ecología de saberes. En CLACSO & Colectivo de autores (Eds.), *Pluralismo epistemológico*. Muela del Diablo Editores; CLACSO.  
<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20160315033237/05santos.pdf>
- De Sousa Santos, B. (2017). *Justicia entre saberes: Epistemologías del Sur contra el epistemicidio*. Ediciones Morata.
- Dirección General de Planeación y Análisis. (2023). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2023. *Dirección General de Planeación y Análisis*.  
 doi:[https://sisge.bienestar.gob.mx/sisge?cve\\_geo=13](https://sisge.bienestar.gob.mx/sisge?cve_geo=13)
- DOC 17-07-2018. (2018). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. Diario Oficial de la Federación.  
[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MPSAM\\_170718.doc](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.doc)
- DOF 07-02-1984. (1984). *Ley General de Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia*. Diario Oficial de la Federación.  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0)
- DOF 24-01-2014. (2014). *Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación.  
[https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proactiva/1LEGISLACION%20FEDERAL/Decreto\\_Reglamento\\_Ley\\_Salud\\_Prestacion\\_Atencion\\_Medica.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Proactiva/1LEGISLACION%20FEDERAL/Decreto_Reglamento_Ley_Salud_Prestacion_Atencion_Medica.pdf)
- DOF: 11/10/2023. (2023). *Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR. Secretaría de Salud*.  
[https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01\\_normatividad/03\\_acuerdosylineamientos/ACUERDO\\_BASES\\_PROCESO\\_DESINCORPOR\\_FUSION\\_CENTRO\\_HRAES%20IMSSBIENESTAR.pdf](https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01_normatividad/03_acuerdosylineamientos/ACUERDO_BASES_PROCESO_DESINCORPOR_FUSION_CENTRO_HRAES%20IMSSBIENESTAR.pdf)

- DOF: 15/01/2014. (2014). *Decreto por el que se adiciona una fracción I Bis al artículo 61 de la Ley General de Salud*. Secretaría de Salud. Diario Oficial. [https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog\\_leg/125\\_DOF\\_15ene14.pdf](https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/125_DOF_15ene14.pdf)
- DOF: 17/01/2024. (2024). *Programa Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar 2023-2024*. Obtenido de [https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01\\_normatividad/02\\_normatividadintern a/PROGRAMA\\_INSTITUCIONAL\\_SSIMSSBIENESTAR\\_23\\_24\\_170124.pdf](https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01_normatividad/02_normatividadintern a/PROGRAMA_INSTITUCIONAL_SSIMSSBIENESTAR_23_24_170124.pdf)
- DOF: 25/10/2022. (2022.). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)
- Down, J. (1986). *The Shaman's touch, otomí indian symbolic healing*. University of Utah Press. <https://archive.org/details/shamanstouchotom00dowj/page/n7/mode/2up>
- Down, J. (2002). *Historia y etnografía de los otomíes de la Sierra*. (CIESAS, Ed.) Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [https://www.academia.edu/1987796/Historia\\_y\\_etnograf%C3%ADa\\_de\\_los\\_otom%C3%ADs\\_de\\_la\\_sierra](https://www.academia.edu/1987796/Historia_y_etnograf%C3%ADa_de_los_otom%C3%ADs_de_la_sierra)
- Dubois, A. (2006). Índice de desarrollo humano. En *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/125.html>
- Durand, J. (2014). Coordinadas metodológicas: De cómo armar el rompecabezas. En O. Bazán & Universidad Nacional Autónoma de México (Eds.), *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales* (pp. 261–284). UNAM.
- Epidemiología, D. G. (2016-2023). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2025>
- Espinosa, D. Gisela., & Paz, P. L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. (UAM, Ed.) *Sociología*, 19, Núm. 18, 125-153. UAM <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026633005.pdf>
- Espinosa, D. Gisela. (2009). *Cuatro vertientes del feminismo en México. Diversidad de rutas y cruce de caminos*. UAM. [https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id\\_libro=603](https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=603)
- Facuse, Marisol. (2003). Una epistemología pluralista. El anarquismo de la ciencia de Paul Feyerabend. *Cinta Moebio*, núm. 17, 148-161. Universidad de Chile. <https://www.redalyc.org/pdf/101/10101706.pdf>
- Fair, Hernán. (2010). Una aproximación al pensamiento político de Michel Foucault. *Polis*, 6, 13-42. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-23332010000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332010000100002)

- Fajardo, O. Guillermo. (2003). La medicina social en México. Organismos y servicios (1930-2004). *Revista Salud Problema. Nueva Época, número 14-15. Año 8, junio* 63-68. UAM <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/320>
- Felipe Aparicio, D. (2014). *Pueblos de indios en la Sierra de Tutotepeque. Su división y separación en el siglo XVIII*. Ed. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo.
- Flamand, Laura, & Moreno-Jaimes, Carlos. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro internacional*, 55(1), 217-261. Recuperado en 20 de octubre de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-013X2015000100217&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-013X2015000100217&lng=es&tlng=es).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). *El estado de las parteras en el mundo: Cuidar la salud, salvar vidas*. Confederación Internacional de Matronas (ICM), Organización Mundial de la Salud (OMS). [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es\\_SoWMy\\_Full\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014*. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Organización Mundial de la Salud (OMS). [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Las\\_parteras\\_del\\_mundo.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Las_parteras_del_mundo.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2018). *Estrategia mundial de partería 2018–2030*. [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia\\_mundial\\_de\\_pateria\\_unfpa\\_2018-2030\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia_mundial_de_pateria_unfpa_2018-2030_0.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2021). *El estado de las matronas en el mundo 2021*. <https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021-pub>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta. <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39453.pdf>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad*. Ed. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Ed. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El orden del discurso*. Tusquets editores. [https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault\\_Michel\\_El\\_orden\\_del\\_discurso\\_2005.pdf](https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault_Michel_El_orden_del_discurso_2005.pdf)
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France 1977–1978*. Fondo de Cultura Económica. <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/M-foucault-seguridad-territorio-poblacion.pdf>
- Freyermuth, E. G. (2016). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *Revista CONAMED*, 21, número 1, 2-10. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/DETERMINANTES-SOCIALES-EN-LA-MORTALIDAD-MATERNA-EN-M%C3%89XICO\\_compressed.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/DETERMINANTES-SOCIALES-EN-LA-MORTALIDAD-MATERNA-EN-M%C3%89XICO_compressed.pdf)
- Freyermuth, E. G. (2024). El devenir de las parteras tradicionales en México desde el siglo XX: Adiestramiento, capacitación, fortalecimiento y exclusión. En N. R. Campos, G. C.

- Sánchez, & M. J. Tascón (Eds.), *Medicinas indígenas y afromexicanas: Una aproximación diagnóstica* (pp. 373–422). Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas / UNAM.
- Freyermuth, E. G. (s/f). *Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*. México: CIESAS Sureste, CONEVAL. [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Mortalidad\\_materna\\_inequidad\\_institucional.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Mortalidad_materna_inequidad_institucional.pdf)
- Freyermuth, E. G. y Vega, Marisol, Tinoco, Aline, Gil, Gabriela (2018). *Los caminos para parir en México en el Siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico\\_Formacio%CC%81n\\_29nov\\_web.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico_Formacio%CC%81n_29nov_web.pdf)
- Freyermuth, E. G., & Meneses, N. S. (2017). *La atención del parto con pertinencia cultural. Guía para médicos*. CIESAS. [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36\\_Gu%C3%ADa-APPC.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Gu%C3%ADa-APPC.pdf)
- Freyermuth, E. G., & Sesia, P. (2009). *La muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una Maternidad segura*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos & Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. <http://maternidadsinriesgos.org/web/>
- Freyermuth, E. Graciela. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Eds. CIESAS, Miguel Ángel Porrúa.
- Freyermuth, E. Graciela. (2015). *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México: Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. Observatorio de Mortalidad Materna en México / CIESAS. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/25-a%C3%B1os-de-buenas-pr%C3%A1cticas-para-reducir-la-mortalidad-materna-en-M%C3%A9xico.-Experiencias-de-organizaciones-de-la-sociedad-civil-y-la-academia.pdf>
- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: Viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, (20), 9–28. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2006000100001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000100001)
- Freyermuth, G., & Sesia, P. (2013). *Monitoreos, diagnósticos y evaluación en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social* (Vol. 3). Comité por una Maternidad sin Riesgos & Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Monitoreos-diagn%C3%B3sticos-y-evaluaciones-en-salud-materna-y-reproductiva.-Nuevas-experiencias-de-contralor%C3%ADa-social.pdf>
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. España, ed. Herder.
- Galante, Cristina. (2019). Obstáculos, retos y oportunidades de la partería tradicional en el México actual. En R. E. Conde & Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Eds.), *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como*

- un derecho cultural (pp. 37–41).  
<https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/parteria-tradicional.pdf>
- Galinier, J. (2014). *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*. Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos & Instituto Nacional Indigenista.
- Galinier, J. (2016). *Una noche de espanto. Los otomíes en la obscuridad*. Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo.
- Gallardo, A. P. (2012). *Ritual, palabra y cosmos otomí: Yo soy costumbre, yo soy de antigua*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gallardo, A. P. (2022). *Cuerpo, tradición y alteridad yúhu*. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Gallegos, V. A. (2019). *Formar parteras desde la tradición: Estrategia para la continuidad de la partería en Oaxaca y México*. Universidad Veracruzana.  
<https://www.uv.mx/meis/files/2020/01/DR-Aura-Gallegos-MEIS-1.pdf>
- Galoviche, V., & Jotayan, Y. (2014). Los programas de transferencias condicionadas de ingreso: reflexiones desde la experiencia latinoamericana. *Kairos. Revista de Temas Sociales*, 1-18. <https://revistakairos.org/wp-content/uploads/04-Jotayan.pdf>
- Gamboa, R., & Messmacher, M. (2003). Desigualdad regional y gasto público en México. *Forum of Federations*. Banco Interamericano de Desarrollo & <https://www.forumfed.org/libdocs/FedMerco02/116-FEME0206-mx-Gamboa-s.pdf>
- García Canclini, N. (1990). *La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu*. Universidad Nacional de La Plata. [https://perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/116/2020/03/NGC\\_La\\_sociologia\\_de\\_cult\\_P\\_Bourdieu.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/116/2020/03/NGC_La_sociologia_de_cult_P_Bourdieu.pdf)
- Giannina, B. (2019). Acerca de la violencia epistémica: el caso de la experiencia académica. *Anuario de filosofía Argentina y América*, Vol. 36. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/anuariocuyo/article/download/3518/2493>
- GIRE. (2025). Mortalidad materna y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *GIRE*, <https://gire.org.mx/plataforma/rmm-en-mexico-vs-odm/>.
- Gobierno de México. (18 de noviembre de 2024). IMSS: <https://imss.gob.mx/prensa/archivo/202405/210>
- Gobierno del Estado de Hidalgo. (2022). Infografía Municipal. *Unidad de Planeación y Prospectiva*. [http://sigeh.hidalgo.gob.mx/pags/info\\_mun/](http://sigeh.hidalgo.gob.mx/pags/info_mun/)
- Goldberg, Alejandro. (2010). Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco*, 17(49), 139-156. Recuperado en 21 de octubre de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592010000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200008&lng=es&tlng=es).

- Gómez Aiza, A. (2013). Quemada: reproducción humana y enfermedades culturales en la sierra Otomí-Tepehua, Hidalgo. *Estudios De Antropología Biológica*, 15 (1). <https://doi.org/10.22201/ia.14055066p.2011.42777>
- Gómez-Dantés, O. (2021). Precursores, promotores y artífices del servicio social de medicina en México. *Salud Pública de México*, 63(2), 281–285. <https://doi.org/10.21149/12061>
- Gómez-Dantés, O., & Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: De la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61(2), 202–211. <https://doi.org/10.21149/10122>
- González Romo, A., González Gómez, D. X., & Sánchez Torres, Y. (2019). Pobreza y adversidades en los cafetaleros de la sierra otomí-Tepehua en México. *Revista Ra Ximhai*, 15(2), 61–78. <https://doi.org/10.35197/rx.15.02.2019.04.ga>
- Guzmán, N., & Triana, D. (2019). Julieta Paredes: Hilando el feminismo comunitario. *Revista Ciencia Política*, 14(28), 23–49. <https://doi.org/10.15446/cp.v14n28.79125>
- Gynuity Health Projects. (2018). Evidencia sobre la partería. Tareas compartidas para la atención de la salud materna y neonatal. La salud sexual y reproductiva. En G. Freyermuth, M. Vega, A. Tinoco & G. Gil (Eds.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (pp. 166-173). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Haraway, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra / Universidad de Valencia.
- Hernández, C. R. (2011). Movimientos de mujeres indígenas: Re-pensando los derechos desde la diversidad. En D. G. Espinosa & Lau Jaiven A. *Un fantasma recorre el siglo: Luchas feministas en México 1910–2010* (pp. 309–332). UAM, CSH.
- Hernández, P. (2014). Prospera. Programa de inclusión Social. Prospera. <https://es.slideshare.net/slideshow/prospera-programa-de-inclusin-social-59429473/59429473>
- Hernández, S. (2022). *La interculturalidad en las políticas públicas en México*. CEPAL/ SEP. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47804-la-interculturalidad-politicas-publicas-mexico>
- Huenchuan, N. S. (2002). Saberes con rostro de mujer: Mujeres indígenas, conocimiento y derechos. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(16), Universidad de Guadalajara. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88411126008>
- Huenchuan, N. S. (2005). Mujeres indígenas, conocimientos y derechos intelectuales. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (9), Universidad Austral de Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=45900906>
- Ignacio, F. E. (2014). Visibilizando las necesidades de las y los jóvenes indígenas. La experiencia del Centro de derechos de la Mujer *Nääxwiin* A.C. En Bonfil, S.P. *Derechos y Salud Sexual y Reproductiva entre jóvenes indígenas. Hacia la construcción de una agenda necesaria*. GIMTRAP A.C.

- IHE. (2024). hidalgo.gob.mx. Obtenido de hidalgo.gob.mx: <https://ihe.hidalgo.gob.mx/index.php?ruta=evaluacion-monitoreo/rezago-educativo>
- IMSS-Bienestar. (2024). *Modelo de atención a la salud materna, reproductiva y neonatal "Amarnos"*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://lasalud.mx/2024/09/02/implementa-imss-bienestar-amarnos-modelo-de-atencion-a-la-salud-materna-reproductiva-y-neonatal/>
- IMSS-Bienestar. (Mayo de 2021). Gobierno de México. IMSS: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202405/210>
- INALI. (2013). *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales. Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas*. Instituto Nacional de Lenguas Indígenas-SEP. [https://site.inali.gob.mx/pdf/catalogo\\_lenguas\\_indigenas.pdf](https://site.inali.gob.mx/pdf/catalogo_lenguas_indigenas.pdf)
- Instituto Hispanoamericano de Estudios Superiores S.C. (2018). Diagnóstico de la oferta educativa propuesta para la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo (documento no publicado)
- INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020, Principales resultados por localidad, ITER. <https://www.inegi.org.mx/app/descarga/ficha.html?tit=326108&ag=0&f=csv>
- Inoue, C. A., & Pérez, R. M. (s.f.). *INSABI: Avances y retrocesos en la política de salud para fomentar el desarrollo social en México*. <https://ru.iiiec.unam.mx/6508/1/07-%20159-Inoue-P%C3%A9rez-Carpio.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2024, 30 de diciembre). *IMSS reconoce labor de 6 mil 527 parteras tradicionales en comunidades vulnerables de 18 estados*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/prensa/imss-reconoce-labor-de-6-mil-527-parteras-tradicionales-en-comunidades-vulnerables-de-18-estados?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Panorama sociodemográfico de México: Hidalgo 2020*. INEGI. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197865.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197865.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI. [https://www.snieg.mx/DocAcervoINN/documentacion/inf\\_nvo\\_acervo/SNIDS/CGPV/2020/marco\\_conceptual\\_cpv2020.pdf](https://www.snieg.mx/DocAcervoINN/documentacion/inf_nvo_acervo/SNIDS/CGPV/2020/marco_conceptual_cpv2020.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021, Septiembre). *Características de los nacimientos registrados en México durante 2020* (Comunicado de prensa Núm. 535/21). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/Namto sRegistados2020.pdf>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (s.f.). *Indicadores sobre la mujer rural indígena en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inpi/articulos/indicadores-sobre-la-mujer-rural-indigena-en-mexico>
- James C., S. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Era.

- Jarillo, S. E. (2009). Tendencias en la formación de recursos humanos en salud pública. En S. Mooyésén, J. Sánchez Anguiano & F. L. Salvador (Eds.), *Formación de recursos humanos, investigación y sistemas de salud: Algunos dilemas no resueltos en salud pública* (pp. xx–xx). Instituto de Investigación Científica. <http://catalogo.espm.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=9947>
- Jaullin, R. (2021). Introducción. En R. Alarcón Lavín, T. A. Alarcón Salazar, D. Álvarez Romo, V. Arana Miranda, M. J. Araya Morales, S. M. T. Brandão, M. Casillas Olivieri, El Kotni, I. Gómez, A. Moral Sosa, J. Ortega Canto, P. Quattrocchi & V. Sieglin (Eds.), *Las parterías tradicionales en América Latina: Cambios y continuidades ante un etnocidio programado* (pp. 9–20). Editorial Luscinia C. E.
- Jiménez, S., Pelcastre, B., & Figueroa, J. G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 161–168. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2205>
- Laako, H. (2016). Los derechos humanos en los movimientos sociales: El caso de las parteras autónomas en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 61(227), 167–194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42146505006>
- Lara, A., Gómez, O., Urdapilleta, O., & Bravo, M. L. (1997). Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980–1995. *Salud Pública de México*, 39(2), 102–109. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639203>
- Laurell, A. C. (1980). *La política de salud en los ochenta. Cuadernos Políticos*, (23), 89–97. Editorial ERA. <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.23/CP23.8.AsaCristinaLaurell.pdf>
- Laurell, A. C. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales*. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
- Leff, E. (2004). *Racionalidad ambiental y diálogo de saberes y sentido en la construcción de un futuro sustentable. Polis: Revista de la Universidad Boliviana*, 2(7). Universidad de los Lagos. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500705>
- Lepe, L. M. (2012). *Colonialidad y decolonialidad en la literatura indígena mexicana. El pensamiento fronterizo en Natalio Hernández. Anuario Americanista Europeo*, 49–63. <https://shs.hal.science/halshs-00826799/document>
- López Acuña, D. (1984). *La salud desigual en México (1980)*. (S. XXI, Ed.) México.
- López Borges, Z., & Díaz Machado, K. (2022). *El pensamiento crítico latinoamericano: acercamiento teórico al pluralismo epistemológico. Revista Universidad y Sociedad*, 14(6), 430–439. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202022000600430&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202022000600430&lng=es&tlng=es)

- López, A. O. (1990). *La política de salud en México (1982–1988)* (Tesis de maestría, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco). <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/2390/1/51944.pdf>
- Lozano, D. A. (2017). *Propuestas para la acción alternativa en salud: Saberes y prácticas de promotoras y promotores comunitarios indígenas en el campo de la salud en la Costa Chica de Guerrero, México, y en el Norte del Cauca, Colombia* (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Posgrado en Desarrollo Rural). <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/1328>
- Lozano, D. A. (2024). *Recomendaciones de política para prestar servicios de salud sin discriminación y fortalecer el modelo intercultural de atención a la salud y entornos saludables de Pueblos Indígenas y afrodescendientes en México*. CEPAL & CONAPRED. <https://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/recomendaciones-de-politica-para-prestar-servicios-de-salud-sin-discriminacion-y-fortalecer-el-modelo-intercultural-de-atencion-a-la-salud-y-entornos-saludables-de-pueblos-indigenas-y-afrodescendiente/>
- Lozano, D. A., & Covarrubias, E. (2019). Partería tradicional indígena en México: panorama y referentes conceptuales. En *Buenas prácticas de partería indígena en México* (pp. 17–36). Kinal Antzetik Distrito Federal & MacArthur Foundation.
- Maciel, P. N., & Paredes, S. S. (2019). Parteras tradicionales: Mujeres que acompañan a otras mujeres. En R. E. Conde, S. Román. *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural* (pp. 11–13). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/parteria-tradicional.pdf>
- Manetta, A., & Serrano, Á. T. (2020). Desigualdades territoriales y migración: consecuencia sociodemográficas y líneas de acción para la región Otomí-Tepehua (Hidalgo, México). *Revista do Desenvolvimento Regional*, 25, 1787–1811. <https://doi.org/10.17058/redes.v25i4.14564>
- Martínez, E. M. (2020). Cinco sexenios de política social en México. *Revista de Estudios Políticos*, 188, 159–196. <https://doi.org/10.18042/cepc/rep.188.06>
- Medina, J. (2013). *Epistemología de la resistencia: Ignorancia activa, otros epistémicos y fricción epistémica* (Cadavid & Gómez, Trans.). Oxford University Press. (Original publicado en inglés). <https://es.scribd.com/document/669165072/Medina-Jose-2013-Epistemologia-de-la-resistencia-Ignorancia-activa-otros-epistemicos-y-friccion-epistémica-Traducción-Cadavid-Y-Gomez-docx>
- Medina, J. (2021). Injusticia epistémica y activismo epistémico en las protestas sociales feministas (R. Rekers, Trad.). *Revista Latinoamericana de la Filosofía Política*, 10(8), 227–250. <https://rlfp.org.ar/revista/index.php/RLFP/article/view/127>
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 451–464. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/8\\_16\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/8_16_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>
- Menéndez, E. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980–2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, 1(2), 195–223. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110205.pdf>
- Menéndez, E. (2022). De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930–2022). *Salud Colectiva*, 18, e4051. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2022.v18/e4051/es>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*, 8(1), [sin número de páginas]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Menéndez, E. L. (2023). Medicina tradicional mexicana: los objetivos y las formas de estudiarla. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 44(174), 149–171. <https://doi.org/10.24901/rehs.v44i174.943>
- Mignolo, W. (2016). *Habitar la frontera: sentir y pensar la descolonialidad (Antología, 1999–2014)*. Barcelona Centre for International Affairs & Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. [https://www.cidob.org/sites/default/files/2025-01/Habitar%20la%20frontera\\_%20Walter%20D.%20MIGNOLO.pdf](https://www.cidob.org/sites/default/files/2025-01/Habitar%20la%20frontera_%20Walter%20D.%20MIGNOLO.pdf)
- Mora, B. M. (1999). *Las políticas de población en México. La tradicional política poblacionista hasta 1970*. En Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Hacia una acción internacional para frenar el incremento de la población* (Tomo 3, p. 98). [https://revmexso.unam.mx/index.php/revmexso/article/view/V52\\_1990\\_01\\_07\\_politicas\\_zavala.pdf](https://revmexso.unam.mx/index.php/revmexso/article/view/V52_1990_01_07_politicas_zavala.pdf)
- Morales, A. E., García, M. L., & Rodríguez, J. P. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 23(1), 1–23. <https://www.remq-issste.com/files/p4553ax182-issste-p-61-86.pdf>
- Morales, D. M. (2018). Catálogo de plantas medicinales y otros usos de la Sierra Otomí Tepehua. *Xihmai*, Universidad La Salle Pachuca, (31) 121-126. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6539791.pdf>
- Morales, D. M. (2021). *La medicalización y la maternidad en los Altos de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Morán, Z. J., & Flores, A. A. (1989). Efectos del modelo de atención a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada de México. *Salud Pública de México*, 745-756. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/25/25/88>

- Moreno, U. V. (2005). Alumbrando en la oscuridad, salud y derechos reproductivos (Tesis de Maestría UAM Xochimilco). <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/1>
- Moyado, E. F. (s/f). La política social en México: Un enfoque descentralizador con fines de adaptación. *Sistema político mexicano*, 131-150, file:///C:/Users/Downloads/maria\_marcela,+EP-96-n12-933%20(1).pdf
- Muller, A. D. (2023). *Base de Datos de Partería Tradicional*. Mediateca INAH. [https://deas.inah.gob.mx/public/base\\_datos\\_parteria.php](https://deas.inah.gob.mx/public/base_datos_parteria.php)
- Nates, B. (2011). Soportes teóricos y etnográficos sobre conceptos de territorio. *Revista Coherencia*, 8(15), 209–229. <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/coherencia/article/view/283/286>
- Navarro Campos, R., Peña Sánchez, E. Y., & Maya, A. P. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990–2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443–455. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1115/1210>
- Navarro, H. S. (2005). Mujeres indígenas, conocimientos y derechos intelectuales. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 9, 71–80. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=45900906>
- Olvera, V. M., & Martínez, L. A. (2014). Determinantes sociales y del sistema de salud en la presencia de muerte materna en el Estado de Hidalgo. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 1(3), 45–58. <https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/gaceta6.pdf>
- Oñate, O. T. (2016). *Ser sembrado para ser nombrado. Partería nahua, saberes y prácticas en confrontación con los servicios de salud en la Huasteca hidalguense* (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco). División de Ciencias y Humanidades, Posgrado en Desarrollo Rural. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/1234>
- Ordorica-Mellado, M. (2014). 1974: Momento crucial de la política de población. *Papeles de Población*, 20(81), 9–23. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252014000300002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000300002&lng=es&tlng=es)
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, & Banco Mundial. (2012). *Tendencias en la mortalidad materna: 1990 a 2010. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf)
- Palomino, R. R. (2020). Aproximaciones al trabajo afectivo de parteras totonacas (makuchina makpaxima), desde la descolonialidad del poder, en el marco de la "interculturalidad estatal". *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 25(88), 185–202. <https://www.redalyc.org/journal/279/27965041019/html/>
- Parra, P. A. (1991). La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud. *Estudios Demográficos Y Urbanos*, 6(1), 69–88. <https://doi.org/10.24201/edu.v6i1.803>

- Pelcastre, B. (2008). *La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena: Sistematización y evaluación del proceso*. Instituto Nacional de Salud Pública. [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/experiencia\\_mujerindigena.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/experiencia_mujerindigena.pdf)
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., & Mejía, J. de los Ángeles. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista de la Escuela de Enfermería de la USP*, 39(4), 375–382. [https://www.redalyc.org/pdf/3610/Resumenes/Abstract\\_361033283002\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/3610/Resumenes/Abstract_361033283002_2.pdf)
- Pérez Rangel, M., González, A., & Ramírez, J. (2010). *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910–2010*. Secretaría de Salud. <https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/cinys/Docs/SSA-Bicentenario.pdf>
- Pérez, M., & Radi, B. (2018). El concepto de “violencia de género” como espejismo hermenéutico. *Igualdad, autonomía personal y derechos sociales*, 8, 69–88. Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/blas.radi/36>
- Pérez, Moira. (2019). Violencia epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *Revista de Estudios y Política de Género*, 1, 81–98. <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/288/267>
- Pérez, S. M. (2025). *Documentación lingüística de plantas medicinales usadas por rä tete en la comunidad de Santa Cruz, San Bartolo, Hidalgo* (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo.
- Programa de las Naciones Unidas (2010). Capítulo 3. Mortalidad materna: El encuentro entre desigualdad y presupuesto de género. En Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) & Instituto Nacional de las Mujeres (Eds.), *Las mujeres y el presupuesto público en México* (pp. 55–65). [https://atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/sites/atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/files/files/2%20Las\\_mujeres\\_y\\_el\\_presupuesto\\_publico\\_en\\_Mexico\\_.pdf](https://atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/sites/atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/files/files/2%20Las_mujeres_y_el_presupuesto_publico_en_Mexico_.pdf)
- Quezada Ramírez, M. F. (2023). Marcos normativos sobre las lenguas indígenas y características sociodemográficas de los hablantes de lengua indígena en Hidalgo. En *Identidades indígenas en perspectivas multidisciplinarias* (pp. 255–282). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://repository.uaeh.edu.mx/books/123/in.pdf>
- Quezada Ramírez, M. F., & Blancas Martínez, E. N. (2022). Diagnóstico de las localidades de muy alta marginación de Hidalgo, México: Retos para el desarrollo local y regional. En M. F. Quezada Ramírez (Coord.), *Reflexiones sobre el desarrollo local y los contrastes del desarrollo en las localidades más marginadas de Hidalgo* (pp. 115–148). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://repository.uaeh.edu.mx/books/79/rd.pdf>
- Quintana, D. R. (2020). *¿Cómo comprender lo social para colaborar en su cambio?* Universidad Autónoma Metropolitana, Bonilla Artigas Editores.
- Radi, B. (2022). Injusticia hermenéutica: un ejercicio de precisión conceptual. *Estudios de filosofía*, 97-110. <https://www.aacademica.org/blas.radi/51>

- Radi, B., & Pérez, M. (2018). El concepto de “violencia de género” como espejismo hermenéutico. *Igualdad, autonomía personal y derechos sociales*, 8, 69–88. <https://www.aacademica.org/moira.perez/49>
- Radi, B., & Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectiva desde la epistemología social. *Avatares filosóficos*, 5, 117–130. <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/article/viewFile/3419/2314>
- Reglamento de parteros empíricos capacitados 1977. (2014). *Salud Pública de México*, 19 (1), 55\_58. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1223>
- Ripio Rodríguez, M. V. (2019). Otro juego de herramientas: matriz de dominación y resistencia simbólica. *Feminismo/s*, 33, 21–34. <https://doi.org/10.14198/fem.2019.33.01>
- Rive, R. (2012). La banca. En C. Broad (Coord.), *Todos cuentan: narrativa africana contemporánea (1960–2003)*, Tomo I, pp. 117-126. UNAM.
- Rivero Sánchez, F. de S. (2016). Historia reciente y proceso de transformación en la relación entre medicina indígena y medicina académica en México. *Ciencia Huasteca: Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla*, 4(7). <https://doi.org/10.29057/esh.v4i7.1141>
- Salazar-Rendón, M. A., & Castaño-Urdinola, J. T. (2023). Resistir no es aguantar: En busca de la noción de resistencia. *Sociedad y Economía*, (50), e10111995. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i50.11995>
- Salmerón, C. F., & Hoffman, O. (1997). Introducción. Entre representación y apropiación, las formas de ver y hablar del espacio. En C. F. Salmerón & O. Hoffman (Eds.), *Nueve estudios sobre el espacio: Representaciones y formas de apropiación* (pp. 13–30). CIESAS, ORSTOM. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers10-12/010013213.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-12/010013213.pdf)
- Sámano Reyna, M., Romero-López, E., Romero-Pérez, I., & Chávez-Courtois, M. (2010). Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia. *Perinatología y reproducción humana*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101g.pdf>
- San Agustín, F. A. (2021). *Rã math'e: La costumbre ñuhu de la Santa Campana de Tuto en la Sierra Madre Oriental, Hidalgo* (Tesis de licenciatura, Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo).
- San Nicolás. (2022, 22 octubre). *Nos contaban nuestros padres* [Publicación en Facebook]. Facebook. [https://www.facebook.com/permalink.php?story\\_fbid=pfbid0Q1YmT6JjVd3eHxaVQL3ZdAcuGwd12osbX8FVMQdusGqnjHQQPG5eGgQeSU1daeWdl&id=100070361731734](https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid0Q1YmT6JjVd3eHxaVQL3ZdAcuGwd12osbX8FVMQdusGqnjHQQPG5eGgQeSU1daeWdl&id=100070361731734)
- Sánchez Pérez, H. J., Leal Fernández, G., Escobar de la Rosa, V. D., & León-Cortés, J. L. (2021). *Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar: Visiones operativas de la “otra historia”*. El Colegio de la Frontera Sur. <https://altexto.mx/accion-comunitaria-en-el-imss-bienestar-visiones-operativas-de-la-otra-historia-oezi3.html>
- Sánchez-Antonio, J. (2022). Pueblos originarios, saber ambiental y descolonización epistémica. *Transmodernity: Journal of Peripheral Cultural Production of the Luso-Hispanic World*,

11(2), 93–116.  
[https://escholarship.org/content/qt2181d54m/qt2181d54m\\_noSplash\\_d5218e4f5eada9b10b74113a6313aae0.pdf](https://escholarship.org/content/qt2181d54m/qt2181d54m_noSplash_d5218e4f5eada9b10b74113a6313aae0.pdf)

Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia: Discursos ocultos*. ERA.

Secretaría de Educación Pública. (2024). *Estadística 911*. Sistema de Información y Gestión Educativa. <https://ep.hidalgo.gob.mx/index.php?ruta=intraseph/estadistica-basica>

Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH). (2016). *Atlas de riesgos por desastre en salud 2016*. <https://atlas.ssh.gob.mx/municipio.php?mpio>

Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH). (2017). *Programa Sectorial de Salud 2016–2022*. Secretaría de Salud de Hidalgo. [https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/publicaciones/2.%20PROGRAMA%20SECTORIAL\\_SALUD\\_2016-2022.pdf](https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/publicaciones/2.%20PROGRAMA%20SECTORIAL_SALUD_2016-2022.pdf)

Secretaría de Salud. (2008). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

Secretaría de Salud. (2016). DOF: 07/04/2016. *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*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes>

Secretaría de Salud. (2016–2023). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2025>

Secretaría de Salud. (2020). *Programa institucional 2020–2024*. Instituto de Salud para el Bienestar, Gobierno de México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647037/PROGRAMA\\_INSTITUCIONAL\\_INSABI\\_2020-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647037/PROGRAMA_INSTITUCIONAL_INSABI_2020-2024.pdf)

Secretaría de Salud. (2022). DOF: 25/10/2022. *Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_pdf.php?fecha=25/10/2022&edicion=VES](https://www.dof.gob.mx/nota_to_pdf.php?fecha=25/10/2022&edicion=VES)

Secretaría de Salud. (2023). *Medicina y partería tradicional contribuyen a preservar la salud y la vida*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/medicina-y-parteria-tradicional-contribuyen-a-preservar-la-salud-y-la-vida-335336?idiom=es>

Secretaría de Salud. (2024). Semana epidemiológica 51. *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2025>

Secretaría de Salud. (2025). DOF: 04/03/2025. *NOM-020-SSA-2025. NORMA Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025: Para el establecimiento de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal*. Diario Oficial de la Federación.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5750807&fecha=04/03/2025#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5750807&fecha=04/03/2025#gsc.tab=0)

- Sesia, P., & Berrio, P. L. (Coords.). (2021). *Situación actual de la partería indígena en México: Informe final. Chiapas, Guerrero, Oaxaca*. CIESAS. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/Situación-actual-de-la-partería-indigena-en-México.-Informe-final.-Chiapas-Guerrero-Oaxaca.pdf>
- Sevilla, A., Galante, C., Alarcón, R., & Gallegos, A. (2023). *Análisis del marco legal vinculado a la partería tradicional en México*. Dirección de Etnología y Antropología Social. <http://bdjc.ia.unam.mx/items/show/661#lg=1&slide=0>
- Soloaga, I., Plassot, T., & Reyes, M. (2022). *Lo rural y lo urbano en México: Una nueva caracterización a partir de estadísticas nacionales*. CEPAL y FIDA. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/27f4bef7-e9f0-4d61-8baa-7bd1fdc26675/content>
- Surrallés, A. (2005). Afectividad y epistemología de las ciencias humanas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (número especial). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62309911>
- Tamez S., E., Camacho I., H., & López, M. (s.f.). *Neoliberalismo y política sanitaria en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud. [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/em/lg/EM2010\\_Lg\\_Tamez.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/em/lg/EM2010_Lg_Tamez.pdf)
- Tello, C. (2019). Austeridad, gasto público y crecimiento económico con justicia social. *EconomíaUnam*, 16(46), 54–60. <https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2019.46.427>
- Toledo, M. V., & Barrera-Bassols, N. (2008). *La memoria biocultural: La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Icaria Editorial. <https://www.uv.mx/orizaba/mgas/files/2016/03/memoria-biocultural.pdf>
- Tubino, F. (2005). *Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico*. Centro de Recursos Interculturales, Red PUCP. <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/del-interculturalismo-funcional-al-interculturalismo-cr%C3%ADtico>
- Tubino, F. (2005). La praxis de la interculturalidad en los Estados nacionales latinoamericanos. *Cuadernos Interculturales*, 3(5), julio–diciembre. Universidad de Playa Ancha. <https://www.redalyc.org/pdf/552/55200506.pdf>
- Tzul Tzul, G. (2015). ¿Cómo construyen crítica las comunidades indígenas? Un acercamiento a las formas de la exclusión epistémica. *LASA Forum*, 46(1). <https://forum.lasaweb.org/files/vol46-issue1/debates-5.pdf>
- Urbina-Fuentes, M., & Vernon-Carter, R. (2014). La investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México. *Salud Pública de México*, 27(4), 266–285. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/426>
- Uribe, M. V. (2005). *Alumbrando en la oscuridad, salud y derechos reproductivos: El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz* (Tesis de maestría no

- publicada). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias y Humanidades, Posgrado en Desarrollo Rural.
- Valladares, D. L. (2008). Los derechos humanos de las mujeres indígenas: De la aldea local a los foros internacionales. *Alteridades*, 18(36), 47–65. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/1016/874>
- Vargas, E. B., & Campos, N. R. (2015). Trayectoria de atención, desatención y denuncia en un caso de mortalidad materna: Perspectiva local-global. *Revista CONAMED*, 20, 174–181. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7292837.pdf>
- Vargas, G. P. (2011). Pobreza, migración y desempleo: Mujeres en la región Otomí-Tepehua de Hidalgo. *Nueva Antropología*, 24(72), 93–109. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-06362011000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362011000200006&lng=es&tlng=es)
- Vázquez Sandrin, G. (2019). La fecundidad de los grupos étnicos en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(3), 497–534. <https://doi.org/10.24201/edu.v34i3.1850>
- Villavicencio, N., & Pérez, E. (2005). *Guía de la flora útil de la Huasteca y la zona Otomí-Tepehua, Hidalgo I*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Villoro, L. (2014). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI Editores.
- Voigtlander, K., & Echegoyen, A. (1979). *Luces contemporáneas del otomí*. Instituto Lingüístico de Verabi, Secretaría de Educación Pública.
- Waiman, J. (2019). *Las formas de la hegemonía: Usos e interpretaciones del concepto gramsciano en los Cuadernos de la cárcel* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Martín). [https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/801/1/TMAG\\_IDAES\\_2019\\_WJI.pdf](https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/801/1/TMAG_IDAES_2019_WJI.pdf)
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. *Visão Global*, 15(1–2), 61–74. <https://periodicos.unoesc.edu.br/visaoglobal/article/view/3412/1511>
- Wolf, E. (1971). *Los campesinos: Estudios sobre cultura, poder y cambio*. Siglo XXI Editores.
- Zemelman, H. (1987). *Conocimientos y sujetos sociales*. El Colegio de México. <https://repositorio.colmex.mx/concern/books/cv43nx500?locale=es>
- Zibecchi, C. (2014). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: Algunas claves para su estudio. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 5(39), 97–139. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362014000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100006&lng=es&tlng=es)
- Zolla, C., & Carrillo, A. (2022). Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En J. G. Figueroa Perea (Comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 167–197). El Colegio de México.

Zolla, C., Castañeda, X., & Tascon, M. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). [https://biblioteca.ciess.org/adiss/r58/la\\_atencion\\_al\\_embarazo\\_y\\_el\\_parto\\_en\\_el\\_medio\\_rural\\_mexicano](https://biblioteca.ciess.org/adiss/r58/la_atencion_al_embarazo_y_el_parto_en_el_medio_rural_mexicano)

## Anexo

### INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Declaración de Alma-Ata (1978)

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)

La Convención Belem do Pará

Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales de la Organización de las Naciones Unidas

<p>Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes</p>	<p>Artículo 2. 1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad. 2. Esta acción deberá incluir medidas: a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población; b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y 48 cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones; c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida. Artículo 5. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio: a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente; b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos; c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten</p>
--	--

### INSTRUMENTOS NACIONALES

<p>Artículo 2. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos</p>	<p>Inciso III del Apartado B indica: Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de: [...] III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional [...]</p>
---	--

---

**LEY GENERAL DE SALUD**


---

La Ley General de Salud  
(art. 6, fracción IV bis)  
2009

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos...  
IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social; VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas. Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

---

6º y 93 de la Ley General de Salud (LGS). Específicamente la figura de la partera tradicional esté reconocida en el artículo 64 de la LGS, que especifica que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

---

ARTICULO 102.- Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años. En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo anterior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.

---

ARTÍCULO 103.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.

ARTÍCULO 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal.

ARTICULO 105.- Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos: .- Ser mayor de edad: II.- Saber leer y escribir: III.- Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y IV.- Los demás que señale la Secretaría.

ARTÍCULO 106.- La comprobación del requisito señalado en la Fracción III del Artículo anterior se hará mediante la investigación que practique la Secretaría o por las pruebas que aporte el interesado. ARTICULO 107.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia, deberán contar con la autorización a que se

---

---

**LEY GENERAL DE SALUD**


---

refiere el Artículo 102 del presente Reglamento. ARTÍCULO 108.- Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización, a que se hace referencia el Artículo 105, estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto.

---

La Ley General de Salud  
2013

Artículo 389 Bis. El certificado de nacimiento se expedirá para cada nacido vivo una vez comprobado el hecho. Para tales efectos, se entenderá por nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como frecuencia cardiaca, pulsaciones de cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. El certificado de nacimiento será expedido por profesionales de la medicina o personas autorizadas para ello por la autoridad sanitaria competente. Artículo adicionado DOF 24-04-2013

---

Artículo 389 Bis 1. El certificado de nacimiento será requerido por las autoridades del Registro Civil a quienes pretendan declarar el nacimiento de una persona, con las excepciones que establezcan las disposiciones generales aplicables. Artículo adicionado DOF 24-04-2013

---

La Ley General de Cultura y  
Derechos Culturales

Artículo 3. Las manifestaciones culturales a que se refiere esta Ley son los elementos materiales e inmateriales pretéritos y actuales, inherentes a la historia, arte, tradiciones, prácticas y conocimientos que identifican a grupos, pueblos y comunidades que integran la nación, elementos que las personas, de manera individual o colectiva, reconocen como propios por el valor y significado que les aporta en términos de su identidad, formación, integridad y dignidad cultural, y a las que tienen el pleno derecho de acceder, participar, practicar y disfrutar de manera activa y creativa

---

Artículo 5. La política cultural del Estado deberá contener acciones para promover la cooperación solidaria de todos aquellos que participen en las actividades culturales incluidos, el conocimiento, desarrollo y difusión de las culturas de los pueblos indígenas del país, mediante el establecimiento de acciones que permitan vincular al sector cultural con el sector educativo, turístico, de desarrollo social, del medio ambiente, económico y demás sectores de la sociedad

---

Artículo 7. La política cultural del Estado mexicano, a través de sus órdenes de gobierno, atenderá a los siguientes principios:- Igualdad de las culturas;- Reconocimiento de la diversidad cultural;- Reconocimiento de la identidad y dignidad de las personas

---

Artículo 9. Toda persona ejercerá sus derechos culturales a título individual o colectivo sin menoscabo de su origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otro y, por lo tanto, tendrán las mismas oportunidades de acceso

---

**NORMATIVAS**

NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	5.1.11 “Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio”. - “Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”.
	5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura... Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.
	5.5.3. Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.
	5.5.15. La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.