

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



**PARTERAS EN MÉXICO: ALIADAS INVISIBLES
PROTECTORAS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PERIODISMO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

AMI GABRIELA SOSA VERA

DIRECTORA DE LA TESIS: **DRA. YENNUÉ ZÁRATE VALDERRAMA**

LECTORA DE LA TESIS: **DRA. CAMILA PASTOR DE MARÍA Y CAMPOS**

CIUDAD DE MÉXICO

2021

RESUMEN

A pesar de que la partería es un oficio que precede a la colonia y ha permanecido vivo hasta el día de hoy, no existe una política pública que integre a la partería al sistema de salud de México.

Esta investigación subraya el potencial que tiene la partería para prevenir la violencia obstétrica y proveer una cobertura efectiva de la atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres y recién nacidos. Sin embargo, también delinea los obstáculos que enfrenta la labor de las parteras y el impacto directo que esto tiene en los derechos de las mujeres y de los infantes de México.

Para este reportaje se realizaron entrevistas a parteras de distintas entidades del país, mujeres que decidieron parir con parteras, expertas, proveedores de salud y funcionarios públicos de la Secretaría de Salud. Asimismo, se efectuaron más de noventa solicitudes de información y se recopilaron numerosos estudios nacionales e internacionales sobre el tema de la partería.

Este reportaje puede llegar a ser de interés para investigadores de las áreas de antropología, sociología, ciencias políticas, salud, estudios de género, estudios Latinoamericanos, así como para parteras y otros profesionales de salud sexual y reproductiva

ÍNDICE

1. Parir en México: entre la violencia y la dignidad.....	1
1.2 La pandemia de las cesáreas	2
1.3 Violencia obstétrica: abusos normalizados	5
1.4 La COVID-19 y las parteras	7
1.5 Parir con dignidad	10
1.6 Muertes maternas, un indicador vergonzoso.....	12
2. Parteras de todos los colores y sabores	16
2.1 El Programa IMSS-Bienestar y las Parteras Voluntarias Rurales.....	21
2.2 Una profesión no reconocida	24
2.3 Espacios para parir diferente	25
2.4 Emergencias obstétricas y traslados a hospital	28
2.5 Certificados de nacimiento y el derecho a la identidad.....	29
3. Prácticas que no encuadran en la normatividad existente	35
3.1 Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	35
3.2 Libertad de profesión	37
3.3 Las promesas pendientes de la 4T.....	39
4. Historia de invisibilización: el desplazamiento de la labor de partería en México ...	40
4.1 Siglo XIX: presagio del final	40
4.2 Siglos XX y XXI: perdiendo terreno	41
5. Breve teoría: subalternidad y feminismo	45
5.1 Intersección de desigualdades	45
5.2 Conocimientos situados	45
5.3 Cuerpo-territorio	46
5.4 Modelos de salud coexistentes	47
Referencias.....	50
Bibliografía	55
Entrevistas realizadas	57

ÍNDICE DE FIGURAS

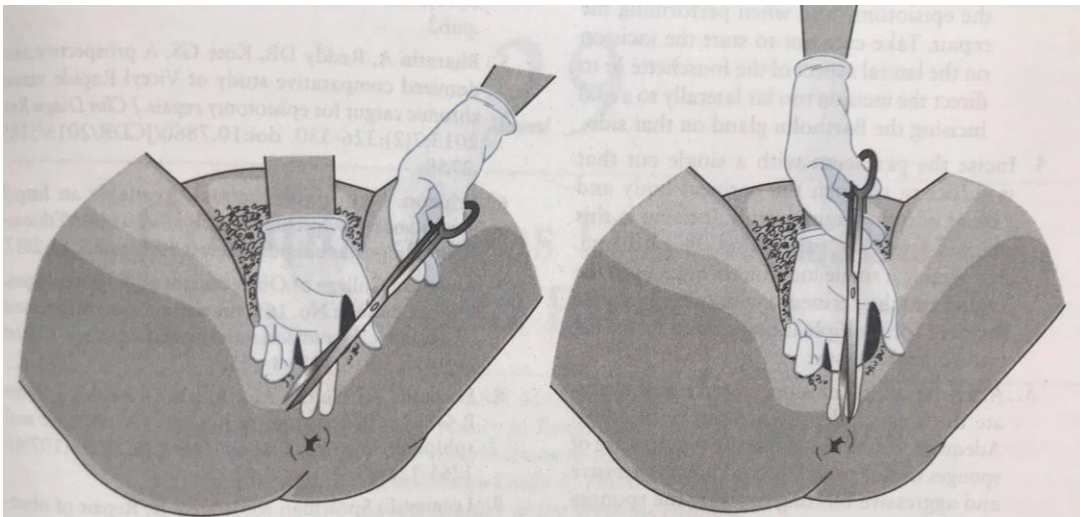
Figura 1: Ilustración de tipos de episiotomía	1
Figura 2: Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica	6
Figura 3: Prácticas basadas en evidencia	11
Figura 4: Razón de mortalidad materna (RMM) en México 2021	13
Figura 5: Número de parteras tradicionales en México 2020	14
Figura 6: Fotografía de Acta de alta de la localidad de partera/o tradicional	17
Figura 7: Conteo anual de parteras tradicionales en México 2020	19
Figura 8: Partos atendidos por Parteras Voluntarias Rurales del programa IMSS-Bienestar.	23
Figura 9: Entidades en las que la partería se reconoce como profesión.....	24
Figura 10: La intimidad del postparto en casa	26
Figura 11: Menores sin acta de nacimiento en México.....	32
Figura 12: Fotografía de certificado de nacimiento	34

1. Parir en México: entre la violencia y la dignidad

Catalina salió de su casa en Xochicoatlán al mediodía del martes 27 de abril de este año, con nueve centímetros de dilatación. Después de una y hora y media de camino, llegó al hospital privado Médica Charbel de Zacualtipán, en donde le ayudarían a terminar su trabajo de parto.¹

Sin embargo, después de tres horas de parto, el médico a cargo de su parto le preguntó a Roberto, su esposo, si podían “realizarle un corte” a Catalina “porque era muy estrecha” y para que el bebé saliera más rápido. Roberto accedió y el médico, sin el consentimiento de Catalina, introdujo unas tijeras en su abertura vaginal con las cuales realizó un corte vertical de aproximadamente 8 cm, llamado episiotomía.²

Figura 1: Ilustración de tipos de episiotomía



Fuente: Tekoa L. King et al., *Varney's Midwifery*, p. 1049.

Después de que naciera el bebé de 2 kilos y 400 gramos de Catalina, el médico suturó la episiotomía y ella se quedó internada esa noche procesando lo que acababa de vivir. Estaba feliz por tener a su hijo en sus manos, pero el dolor de su herida superaba su emoción. Cuando Roberto le preguntó al médico que la atendió si la intervención había sido necesaria este solo

¹ Catalina F. (cliente del hospital particular Médica Charbel) entrevistada por Ami Sosa, 30 de abril de 2021.

² Tekoa L. King et al., *Varney's Midwifery*, 6a ed. (Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett, 2019).

contestó que “Si quería un parto amigable me lo hubiera pedido antes”. Con tristeza y rabia la pareja regresó al día siguiente a su casa de adobe en Xohicoatlán. A quince días de su parto la episiotomía sigue dándole problemas, ya que se infecta con facilidad y cambió de manera permanente la apariencia de su región vaginal.

De acuerdo con el Dr. Juan Carlos Fuentes, cirujano plástico certificado en Tijuana, escribe que algunas ventajas de la episiotomía son que aumenta la luz del canal de parto, disminuye el periodo de expulsión, evita el sufrimiento fetal y previene desgarros en el canal vaginal o perineal.³ Sin embargo, también resalta que la responsabilidad de realizar esta intervención recae en el criterio del médico.

Desafortunadamente, la episiotomía en partos vaginales es una de las intervenciones obstétricas más frecuentes de los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud, de acuerdo con cifras de la CONAMED.⁴ Aún más, desde el 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que no hay evidencia que corrobore la necesidad de una episiotomía en la atención de rutina, ya que solo resulta efectiva en la atención de emergencias obstétricas que requieran un parto vaginal instrumental.⁵

1.2 La pandemia de las cesáreas

Desde hace cuatro años, la OMS alerta que México tiene una de las tasas de cesáreas más altas del mundo, ya que entre 2008 y 2017 este procedimiento aumentó a 45.5% de los nacimientos

³ Juan Carlos Fuentes, “Qué es la episiotomía y por qué se realiza?”, *Yahoo!Noticias*, 3 de julio de 2020, <https://es-us.noticias.yahoo.com/episiotom%C3%ADa-realiza-120400900.html>.

⁴ Marlene Rodríguez Salgado, “Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria”, *Boletín CONAMED-OPS: Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente*, (noviembre-diciembre 2016), http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/incidencia_intervencion.pdf.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, *Institutional Repository for Information Sharing*, Publicaciones Generales, núm. 8 (2019): 5

de nuestro país ha sido por cesárea.⁶ Esta cifra es preocupante, ya que este porcentaje es tres veces mayor al 15% recomendado por la misma organización.⁷

El problema no es que exista este procedimiento, que muchas veces es la única opción viable para partos de alto riesgo en los que la vida de la madre o del bebé están en riesgo. El problema es que de acuerdo con CONAMED, este procedimiento no debería ser tan generalizado ya que “aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo”.⁸ Esto se traduce en que a menudo la decisión de cómo y cuándo parir la tome un médico y no una mujer embarazada.

Aún más, existen casos como el de Amelia, en los que a pesar de que una cesárea sea necesaria, el trato que reciben las mujeres dista de ser digno.

Durante la noche del nueve de abril la presión de Amelia comenzó a incrementar peligrosamente y tanto ella como las parteras de Casa Ameyali que habían llevado sus controles prenatales decidieron trasladarla al Hospital Obstétrico de Pachuca de Soto, en donde podrían darle medicamentos para controlar su presión y realizarle una cesárea de emergencia.⁹

Sin embargo, después de una hora de ingresar al hospital Amelia seguía acostada en una camilla dentro de la sala de partos, con la presión alta y la vagina adolorida de los múltiples tactos que le realizaron su médico y un residente.

Para empeorar las cosas, Amelia le comentó a una enfermera que tenía ganas de orinar, pero la enfermera no la dejó bajarse de la camilla. Media hora después de pedir ayuda, no aguantó más y se orinó, con lo que se ganó el reproche de otra enfermera que eventualmente se dio cuenta de lo sucedido.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), “Tendencias de los partos por cesárea de 2008 a 2017, México”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 97, núm. 7 (julio de 2019): 441–512, <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/7/18-224303-ab/es/>.

⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” (documento núm. WHO/RHR/15.02), abril de 2015, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.

⁸ “Oficio No. CONAMED/UDT/076/2021” (CONAMED, Unidad de Transparencia, 22 de marzo de 2021).

⁹ Casa de partos ubicada en Pachuca de Soto, Hidalgo.

Aproximadamente media hora después, las enfermeras le colocaron un suero con oxitocina para acelerar el parto, lo que resultó en contracciones cada vez más fuertes que sacudían su cuerpo entero. Eventualmente llegó el médico obstetra, quien introdujo un gancho en el cérvix de Amelia y le rompió la fuente sin pedirle su consentimiento. De su vagina salió un líquido espeso y de color verde oscuro, era meconio, las primeras heces del bebé. En ese momento finalmente le dijeron, "tú no vas para parto, vas para cesárea" y la trasladaron con contracciones que seguían aumentando de intensidad.

Ya en el quirófano el personal de salud le comenzó a gritar a Amelia que se quedara quieta porque tenían que ponerle la epidural. Sin embargo, las contracciones no se lo permitían. Fue entonces que el médico, el residente y las enfermeras la agarraron del cuello y la forzaron a ponerse en posición fetal. "La agarraron tan fuerte que le lesionaron un tendón del cuello y la semana después del parto tuvo que ir a un quiropráctico porque ya no aguantaba el dolor que se había extendido desde su cuello hasta su hombro." comenta María Hernández, partera tradicional que había atendido las consultas prenatales de Amelia.¹⁰

Una vez terminada la cesárea llegó Jonah al mundo, pero debido al meconio, el pediatra en turno llevó al bebé a observación y a Amelia la trasladaron a la sala de recuperación en donde estaban las demás mujeres que acababan de parir o de tener una cesárea. "Supe que mi bebé estaba vivo porque escuché que lloraba, pero no lo pude ver hasta dos o tres horas después", comenta Amelia.¹¹

En la sala le tocó estar acostada junto a una mujer que acababa de perder a su bebé. "Todas las señoras tenían a sus bebés y después estábamos nosotras dos. Ella con un bebé muerto y yo sin saber cómo estaba el mío". Cuando finalmente le llevaron a su bebé le dijeron que se lo pusiera al pecho, pero nadie le ayudó a lactar o a explicarle cómo debía acomodarlo. El suero que tenía

¹⁰ María Hernández (partera tradicional y fundadora de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 20 de enero de 2021.

¹¹ Amelia Burtakher (cliente de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 20 de abril de 2021.

inyectado en el brazo no ayudaba. Como pudo trató de amamantar, pero tanto Amelia como su bebé estaban exhaustos y se quedaban dormidos.

En algún momento de la madrugada Amelia comenzó a sentir que su brazo se hinchaba. Se le había tapado la vena del suero y un líquido frío se regaba por su brazo. A gritos le llamó a una enfermera, "ya te lo voy a quitar, ya no lo necesitas", le dijo. Durante la noche nadie le dio agua a la madre primeriza y en la mañana del 11 de abril, Amelia estaba cansada, adolorida, peligrosamente deshidratada y con la presión alta, pero ese mismo día la dejaron regresar a su casa.

La historia de Amelia puede parecer única, pero "Numerosos estudios han expuesto la indiferencia y hasta la crueldad del sistema hacia la mayoría de las mujeres y sus familias, quienes en lugar de reclamar sus derechos se conforman con salir vivas de la experiencia de dar a luz en un hospital", comenta la Dra. Georgina Sánchez-Ramírez, profesora e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).¹²

El parto es uno de los momentos más vulnerables de la vida de una mujer, por lo que se esperaría que esta recibiera un trato digno y respetado. Sin embargo, casos como los de Catalina y Amelia son la regla más que la excepción.

1.3 Violencia obstétrica: abusos normalizados

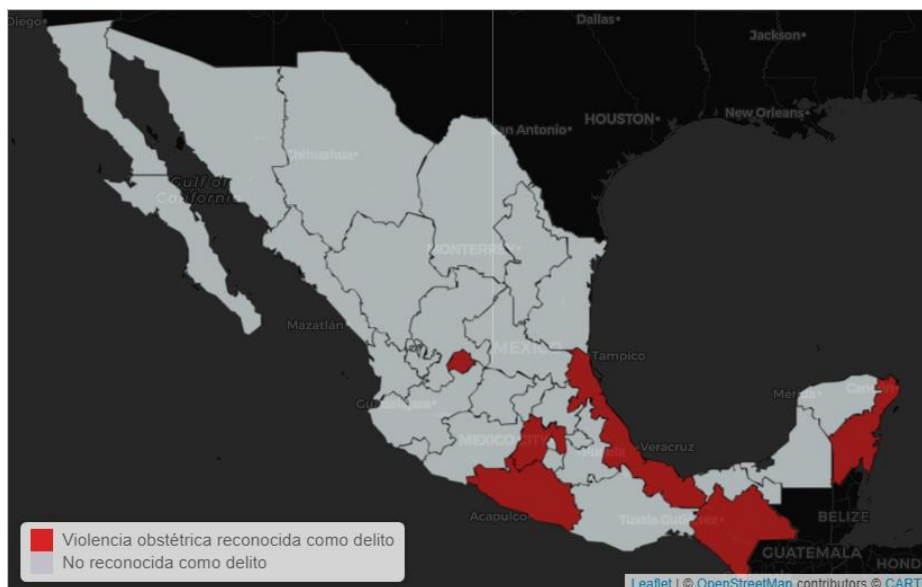
El conjunto de violencias que puede enfrentar una mujer durante el parto es denominado "violencia obstétrica". El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) define en su portal a este fenómeno como: "Un tipo de violencia que se genera en los servicios de salud públicos o privados que consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto".

¹² Georgina Sánchez, "From infantilization to body- territoriality: Birth centers in Mexico", en *Midwives in Mexico: Situated Politics, Politically Situated*, eds. Hanna Laako y Georgina Sánchez-Ramírez (Londres: Routledge, 2021), 105.

Sin embargo, a pesar de que los abusos en instancias hospitalarias en México están documentados por más de una institución, solamente cinco entidades de nuestro país incluyen a la violencia obstétrica como un delito en sus códigos penales.^{13,14} Éste es el caso de Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz.

En junio de 2018 el congreso de Aguascalientes reformó su código penal para incorporar la violencia obstétrica dentro de los artículos 157 y 158 que lidian con Responsabilidad profesional médica y Responsabilidad médica asistencial. A pesar de que no se nombra al concepto como tal, se enlistan conductas como: alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, incumplir los actos o protocolos necesarios para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas, practicar una cesárea existiendo condiciones para el parto natural, retener sin necesidad a un recién nacido, negar el acceso al centro de salud a una mujer embarazada e imponer cualquier método anticonceptivo sin consentimiento de la mujer.

Figura 2: Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica



Fuente: Elaboración propia con información de GIRE 2018

¹³ Instituto Nacional de las Mujeres, “Violencia en la atención obstétrica”, *Boletín Estadístico* 5, núm. 4 (abril de 2019): 2, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf.

¹⁴ “Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica”, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2018, <https://gire.org.mx/plataforma/entidades-que-penalizan-la-violencia-obstetrica/>.

María Sierra, abogada e investigadora del Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE) explica, “hubo un movimiento feminista que quiso tipificar la violencia obstétrica como delito en todos los códigos penales del país, pero el Colegio de Médicos Obstetras protestó mucho porque dijeron que así les enseñaban a actuar en los hospitales y escuelas de medicina, entonces ¿cómo que hoy eso es delito? Sin embargo, se dejó abierta la puerta para que fuera un motivo de queja legítimo ante la CNDH”.¹⁵

Del mismo modo, en caso de que una mujer sufra de violencia obstétrica existe la opción de que acuda al fondo de víctimas para buscar una compensación del daño, sin embargo, la abogada Sierra lamenta que el número de denuncias es muy bajo. “Amelia habló con la jefa de personal del hospital obstétrico y presentó una denuncia. Tomó el nombre del doctor que la había atendido y que había hecho esos tactos con el residente. La queja está ahí en el hospital, ¿qué se hizo con eso? vete tú a saber” lamenta María Hernández.

A pesar de ser un fenómeno que pueden llegar a sufrir la mayoría de las madres de México, la falta de legislación y la normalización de estos abusos hacen que muchas mujeres los acepten como una parte natural del parto. E incluso cuando presentan quejas, estas suelen no llegar a ningún lado más que a los registros de CONAMED.

1.4 La COVID-19 y las parteras

La noche que Amelia ingresó al hospital, el subsecretario de salud Hugo López Gatell anunció la muerte de las primeras dos mujeres embarazadas que fallecieron por coronavirus en México.

Durante la ronda de preguntas de la conferencia vespertina una reportera del medio Pie de Página comentó “hay miedo de algunas mujeres de acercarse a los hospitales... no hay una cultura de los partos en casa”.¹⁶ El comentario de la reportera es pertinente, ya que la coyuntura

¹⁵ María Sierra (abogada, profesora e investigadora del Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE)), entrevistada por Ami Sosa, 23 de abril de 2021.

¹⁶ Aura Renata Gallegos, “La partería tradicional: el otro sistema de salud desmantelado”, *Rompeviento*, 17 de abril de 2020, <https://www.rompeviento.tv/category/articulos-de-opinion-y-columnas/articulos-de-opinion/aura-renata-gallegos/>.

de la pandemia ha puesto bajo la lupa la manera en la que el sistema de salud mexicano relega el trabajo de parto e incluso las cesáreas a segundo plano.

Durante el mes de abril del 2020, a un mes de que se declarara oficialmente la emergencia sanitaria por el coronavirus y comenzaran las reconversiones hospitalarias para acomodar a pacientes de COVID-19, el 94% de los traslados de hospitales públicos a privados fueron de mujeres dando a luz.¹⁷

Las consultas durante el embarazo también han quedado postergadas debido a la COVID-19, dejando a muchas mujeres sin el control necesario que ayuda a identificar factores de riesgo durante su embarazo, educarse sobre los cambios que experimentan sus cuerpos en esa etapa de su vida y conocer a las personas que les ayudarán a traer nueva vida al mundo. “Hay médicos que les decían a las mujeres que ya no las podían atender, aunque les habían hecho seguimiento durante todo su embarazo porque ahora estaban atendiendo a pacientes de COVID-19 o porque ya no estaban yendo al hospital por lo mismo”, lamenta Kay Cisneros, partera de Luna Maya CDMX y vocera de la Red Nacional de Parteras Autónomas.¹⁸

El 13 de abril, la directora general del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Karla Berdichevsky, presentó el “Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”. Sin embargo, el documento no hace mención del parto en casa como una posibilidad ni se hacen recomendaciones para los cuidados adecuados en tales circunstancias.¹⁹ Solamente menciona que se debe “agilizar la incorporación de personal de salud dedicado a la atención obstétrica”, en el que se incluye a la partería profesional. Sin embargo, no explica cómo se debe llevar a cabo dicha incorporación, ni la coordinación que podría existir entre parteras y centros de salud.

¹⁷ Itxaro Arteta, “Parir en los tiempos de COVID-19: parteras ofrecen alternativa a hospitales”, *Animal Político*, 30 de abril de 2020, <https://www.animalpolitico.com/2020/04/parteras-alternativas-hospitales-covid-19/>.

¹⁸ Kay Cisneros (partera de Luna Maya CDMX y vocera de la Red Nacional de Parteras Autónomas), entrevistada por Ami Sosa, 10 de febrero de 2021.

¹⁹ Secretaría de Salud, *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida*, (México, Gobierno de México y Secretaría de Salud, 2020), https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevenicion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1_.pdf.

La ambigüedad del modelo de partería dentro de este lineamiento excluye a un número cada vez mayor de mujeres que por miedo a contagiarse buscan espacios alternativos a los hospitales para parir de manera segura. Del mismo modo, ignora la creciente oferta de servicios que han proporcionado las parteras de nuestro país durante la emergencia sanitaria. “Es más probable que las parteras continúen su labor durante una crisis humanitaria que otros profesionales de la salud sexual, reproductiva, materna, de adolescentes y recién nacidos” destaca el informe *Estados de las matronas en el mundo 2021*, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).²⁰

A pesar de que el Estado se rehúsa a reconocer formalmente la labor de las parteras durante la pandemia por COVID-19, diversos medios nacionales e internacionales se han interesado por cubrir sus experiencias y contar las historias de las mujeres que se encargan de llenar los vacíos del Estado. “Con esta coyuntura del coronavirus nos empezó a buscar un montón de gente para entrevistas, pero desde nuestro punto de vista parece que fuéramos plato de segunda mesa. Ahora que los hospitales no son opción pueden voltear ahí con las parteras”, lamenta Kay, partera de Luna Maya Ciudad de México. Para bien o para mal, el interés en la labor de las parteras está alcanzando nuevos horizontes.

Sin embargo, aún hay un largo camino por recorrer, “Me han llamado cientos de mujeres para pedir informes acerca de Ameyali”, relata María Hernández en entrevista, “lo triste es que la mayoría no se anima a parir aquí. Les da más miedo tomar las riendas de su parto y confiar en la capacidad de su cuerpo que contagiarse de COVID”. Da la impresión de que ni una crisis de salud global puede deshacer la desconfianza social e histórica que ha categorizado de insegura la labor de las parteras en nuestro país.

²⁰ *The State of the World's Midwifery 2021*, (Nueva York, EUA: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), International Confederation of Midwives y World Health Organizations, 2021), <https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021>.

1.5 Parir con dignidad

A finales de febrero de este año, Estefanía Salas decidió parir en Casa Ameyali, una casa de partos en Hidalgo. La experiencia de Estefanía arroja luz sobre las experiencias de las mujeres que han decidido parir en casa y con la ayuda de parteras durante la emergencia sanitaria por el virus SARS-Cov-2.²¹

El día de su parto, Estefanía decide escuchar música de saxofón para agarrar fuerzas durante su ardua labor. Domi, que ya ha tenido seis partos, sin separarse un solo momento de su hija, la anima y le dice que sí se puede, que lo va a lograr. La abraza, la acurruca en su regazo, la mueve como madre experimentada que es, y a las 20:40, con una gran sonrisa de mamá y abuela, nace un niño fuerte que inicia su respiración en los brazos de su mamá. A los pocos minutos, de nuevo contracciones, pero ahora para alumbrar la placenta que sale con toda suavidad. Inmediatamente entra el papá de Arturito a relevar a la abuela y más tarde a separar a la mamá y a su bebé a través del corte del cordón umbilical. El 24 de febrero, día de la bandera, nace su bebé.

Con o sin pandemia, el trato que brindan las parteras al momento del parto resulta ser drásticamente distinto al de los partos en hospital. Las *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica* que publicó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ocho años antes de la pandemia, revelan que “El 66% de las mujeres atendidas por parteras calificó el trato recibido como excelente, en comparación con el 38% de aquéllas quienes recibieron atención por parte de médicos”.²² El mismo informe detalla que las parteras tienden a utilizar más prácticas basadas en evidencia que el personal médico.

²¹ Estefanía Salas (cliente de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 4 de marzo de 2021.

²² CONAMED, *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica* (México: Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 2012), <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7590.pdf>.

Figura 3: Prácticas basadas en evidencia



Fuente: *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*, CONAMED, 2012.

Esto podría deberse a que, de acuerdo con la Dra. Georgina Sánchez Ramírez, “El personal de salud que atiende partos en México está compuesto por parteras profesionales, licenciadas en enfermería y obstetricia, médicos generales y gineco obstetras. Sin embargo, las parteras son las únicas que le dedican el cien por ciento de su tiempo y entrenamiento específicamente al embarazo, parto y puerperio”.²³

Aún más, al contrario de lo que pudiera pensarse, la atención del parto vaginal en la actualidad no la realizan en su mayoría los especialistas, sino que la realizan médicos generales que laboran en unidades hospitalarias, quienes además deben resolver otro tipo de demandas de atención como pueden ser urgencias u otro tipo de pacientes internados.²⁴

La publicación de la UNAM, *Parteras profesionales y su marco regulatorio en México*, cita estudios que comparan el entrenamiento de médicos generales, enfermeras obstetras y parteras profesionales basado en las competencias básicas para atender partos establecidas por la

²³ Laako y Sánchez, *Midwives in Mexico*.

²⁴ Martha Tagle, “Iniciativa que adiciona el artículo 64 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Martha Angélica Tagle Martínez, del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano” (Iniciativa de Ley, Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación, 2019), http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/12/asun_3983702_20191212_1576180705.pdf.

Organización Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés).²⁵ Los resultados de esta comparación muestran que, de los tres grupos, las parteras profesionales reciben la mejor educación, seguidas de las enfermeras obstetras y por último los médicos generales. “No es que no sepamos atender partos, sino que no se nos da un espacio, un lugar. Como que no saben qué hacer con las parteras” lamenta Pilar, partera tradicional autónoma que trabaja en la ciudad de Xalapa, Veracruz.²⁶

En 2019 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo un estudio sobre el modelo integral de partería, en el que coinciden con el consenso internacional de que los servicios de partería son seguros para mujeres sanas con partos de bajo riesgo y que son ideales para la atención médica primaria.²⁷ Al final, el objetivo de este tipo de recomendaciones es mejorar la calidad de atención que reciben las mujeres durante su trabajo de parto y reconocer a las parteras como un activo capaz de atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres en países con violencia obstétrica prevalente y servicios saturados como lo es México.

1.6 Muertes maternas, un indicador vergonzoso

Uno de los precios más altos que se pueden pagar al momento de dar a luz es la muerte de la madre. “Las muertes maternas, además de ser totalmente evitables son vergonzosas, no tendrían por qué ocurrir. Las mujeres no tendrían que estar en malas condiciones de salud ni ser violentadas o mal atendidas al momento de dar a luz”, comenta la Dra. Sánchez Ramírez en entrevista.²⁸

La mortandad materna se mide a nivel global a través del indicador de razón de mortalidad materna (RMM). México ha logrado disminuir este indicador un 57.8% entre 1990 y 2015, sin embargo, nuestro país no alcanzó el compromiso de reducirla en 75%, como fue acordado en

²⁵ Liliana López Arellano, Georgina Sánchez Ramírez, y Héctor Mendoza Cárdenas, “Professional Midwives and Their Regulatory Framework in Mexico”, *Mexican Law Review* 12 núm. 2 (2020): 119–37, <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/mexican-law-review/article/view/14174>.

²⁶ Pilar Rosique (partera tradicional de Xalapa, Veracruz), entrevistada por Ami Sosa, 27 de noviembre de 2019.

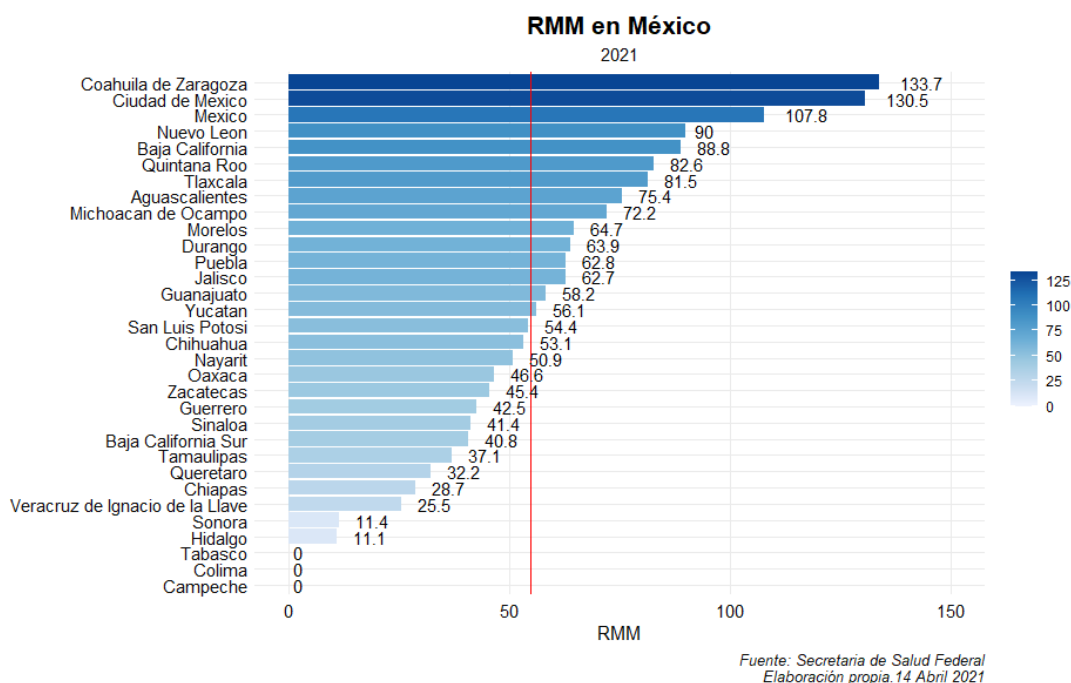
²⁷ Arellano, Ramírez, y Cárdenas, “Professional Midwives”, 125.

²⁸ Georgina Sánchez Ramírez (profesora e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)), entrevistada por Ami Sosa, 19 de marzo de 2020.

el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²⁹ En comparación, países como Alemania, Bélgica, Reino Unido, los Países Bajos y Noruega tienen una tasa de mortalidad materna menor al 10%. Esto es evidencia clara de que las altas cifras de partos en hospitales en México no han ayudado a disminuir el número de mujeres que mueren durante el trabajo de parto.

La pandemia sólo ha encrudecido esta cifra en nuestro país, ya que la RMM nacional ya alcanza los niveles que había hace casi una década. La media nacional de RMM del año pasado fue de 47.6%, las cifras preliminares de la Secretaría de Salud de este año señalan un promedio nacional de 54.8%. Esto quiere decir que hubo un incremento nacional del 115.13%³⁰ en razón de mortalidad materna.

Figura 4: Razón de mortalidad materna (RMM) en México 2021



Fuente: Elaboración propia. Solicitud de información a Secretaría de Salud, folio 1200150121, 2021.

A pesar de que esta gráfica se hizo con datos preliminares de la Secretaría de Salud, se puede observar que los estados de Coahuila, CDMX, Estado de México, Nuevo León, Baja California,

²⁹ Tagle, “Iniciativa que adiciona el artículo 64 de la Ley General de Salud”.

³⁰ Cálculo realizado con datos de la Solicitud de información, folio 1200150121. 2021.

Quintana Roo, Tlaxcala, Aguascalientes, Michoacán, Morelos, Durango, Puebla, Jalisco, Guanajuato y Yucatán se encuentran por encima de la media nacional (línea roja vertical).

Resulta interesante que la mayoría de los estados con un mayor incremento en la RMM tienen una presencia baja o nula de parteras. A pesar de que esta razón no es la única para el aumento de muertes maternas, concentrar la atención del parto en unidades hospitalarias tiene como consecuencia que no se disponga de los recursos humanos y materiales disponibles suficientes para ofrecer una atención de calidad consistente.³¹ Si bien no se puede saber con seguridad el impacto que tendría una mayor presencia de parteras en estos estados, al menos puede destacarse que estados como Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca y Tabasco, que tienen una mayor cobertura de partería, no presentan incrementos tan drásticos en la RMM.

Figura 5: Número de parteras tradicionales en México 2020



Fuente: Elaboración propia. Solicitud de información a Secretaría de Salud, folio 1200200007621, 2021.

Asimismo, el informe Partería en México, financiado por la Fundación McArthur, reporta que al mejorarse los servicios de partería podrían evitarse hasta 3.6 millones de muertes maternas

³¹ Hector Lamadrid Figueroa et al., “Hospitals by Day, Dispensaries by Night: Hourly Fluctuations of Maternal Mortality within Mexican Health Institutions, 2010–2014”, *PLoS ONE* 13, núm. 5 (mayo de 2018), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198275>.

al año en 58 países en desarrollo.³² Entonces, ¿por qué sigue sin reconocerse la labor de las parteras en nuestro país? Una parte de la respuesta se encuentra el desconocimiento que existe de los tipos de parteras que hay en nuestro país. Si ni si quiera se sabe qué es una partera con claridad, se vuelve difícil reconocer el trabajo que desempeñan.

³² María Faget y Ariadna Capasso, *Partería en México* (UNFPA, Managment Sciences for Health, Fundación MacArthur y Comité Promocionado por una Maternidad Segura, 2017).

2. Parteras de todos los colores y sabores

Por siglos las mujeres fueron médicas sin título, su credibilidad se basaba en las experiencias acumuladas de generaciones que lograban sanar a sus comunidades con herbolaria y conocimientos heredados. Las parteras formadas en la tradición son parte viva y activa de este legado de sanadoras.

También llamadas parteras empíricas, las parteras tradicionales son aquellas que han aprendido a través de las manos de sus madres, tías o abuelas y que comparten su conocimiento a través de la experiencia. Este es el caso de Beatriz Medina, quien se formó en la labor de la partería con Angelina Martínez Miranda, partera tradicional de Tepoztlán, Morelos, “Con ella me formé por 3 años como partera en la tradición, obteniendo muchos conocimientos sobre hierbas, baños, masajes, ventosas, acupuntura y homeopatía, pero sobre todo aprendí a encauzar mi intuición, a cantar durante los partos y baños y a confiar en el proceso del parto y en la vida en general”.³³

Actualmente existe una Guía para la Autorización de las Parteras Tradicionales, mediante la cual se busca identificar a las parteras tradicionales que existen a nivel nacional, estatal y municipal. La guía está sustentada en base a los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención. Sin embargo, este lineamiento dista de ser un reconocimiento de la profesión de las parteras tradicionales, ya que las considera como “Personal no profesional en la prestación de servicios de atención de embarazos, partos y puerperios normales”.³⁴

Al presentar una solicitud para registrarse como partera tradicional, la interesada debe presentar un testigo (de preferencia otra partera que ya esté registrada ante la Secretaría de Salud o un

³³ Beatriz Medina (@casaameyaliparteras), “Mi nombre es Beatriz”, Facebook, 5 de marzo de 2020, <https://www.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/548895649317089>.

³⁴ *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional* (México: Secretaría de Salud, 10 de enero de 2021), <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>.

aval de la comunidad) y sus datos personales. El trámite es gratuito y tiene una vigencia de dos años.

Figura 6: Fotografía de Acta de alta de la localidad de partera/o tradicional.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

ACTA DE ALTA DE LA LOCALIDAD DE PARTERA/O TRADICIONAL

JURISDICCIÓN SANITARIA: _____

En la Localidad: Palma del municipio de Pachucal Hidalgo, siendo las 11:21 horas del día 24 de Febrero de 2020, reunidos en el lugar que ocupa esta localidad, con domicilio en Urb. Independencia No. 1001 Palma, con la presencia de las autoridades y representación mayoritaria de la comunidad, la C. María Hernández es dada de: Acta Ciudadana.

Hacemos constar que la C. María Hernández desempeña actividades como PARTERA/O TRADICIONAL, quien aplicó técnicas para la revisión de mujeres durante el Embarazo y Cuarentena, Atención del Parto y Atención Inmediata del recién nacido sano y refirió tener interés y deseo por trabajar en beneficio por la salud de la población embarazada, así como de recibir capacitación para mejorar su práctica. Se informa en la asamblea del origen, objetivo del programa, estrategias e importancia del servicio y atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

DATOS DE LA PARTERA/O:

R.F.C.: _____
Sexo: Femenino
Edad: 46 años
Origen: Hidalgo
Lengua: Español
Escolaridad: Secundaria
Otro cargo comunitario: Partera

Se levanta la presente Acta a las 11:30 del día 24 del mes de Febrero de 2020 firmando al calce y al margen los que en ella intervinieron y damos fe.

AUTORIDADES NOMBRE Y FIRMA

<u>Jorge Francisco Peraz Camargo</u> JUEZ AUXILIAR	<u>Netzeri Lopez Sorio</u> COMITÉ DE SALUD
<u>Sempio Calderón</u> REPRESENTANTE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN	<u>[Redacted]</u> PARTERA/O TRADICIONAL

TESTIGOS

C. Nelson N. Castro Cervantes Erik Sánchez Hernández

SELLO

SSH
CENTRO DE SALUD
LUZ DEL CARMEN

Fuente: Fotografía tomada por la autora al Acta de María Hernández.

Sin embargo, este sistema de registro está lejos de ser perfecto. La Dra. Araceli Sámano, encargada temporal de coordinar a las parteras en el estado de Hidalgo, lleva el conteo de parteras a nivel estatal a mano, en una libreta de cuadros que rellena con información que recibe de manera mensual, “Llevo el conteo por municipio, por jurisdicción, pero no es nada fácil.

Diario llegan altas y bajas, ya sea por defunción, porque se mudan a otro lugar o porque dejan de ejercer”.³⁵

Asimismo, este sistema de registros hace que la categoría de *partera tradicional* sea heterogénea, ya que parteras de distintas trayectorias pueden darse de alta con la jurisdicción sanitaria local.

Ese es el caso de María Hernández, hija de una familia de clase media-alta, se certificó como Instructora en psicoprofilaxis perinatal y doula en la Universidad La Salle hace 16 años.³⁶ Después trabajó como instructora en un programa piloto de atención al parto en el Hospital Obstétrico de Pachuca y finalmente estudió partería en Maternidad la Luz, una casa de partos ubicada en El Paso, Texas. “Yo no fui entrenada en la tradición, pero presentarme así ante la jurisdicción de Pachuca es la única manera de la que me pueden dar certificados de nacimiento” explica María.

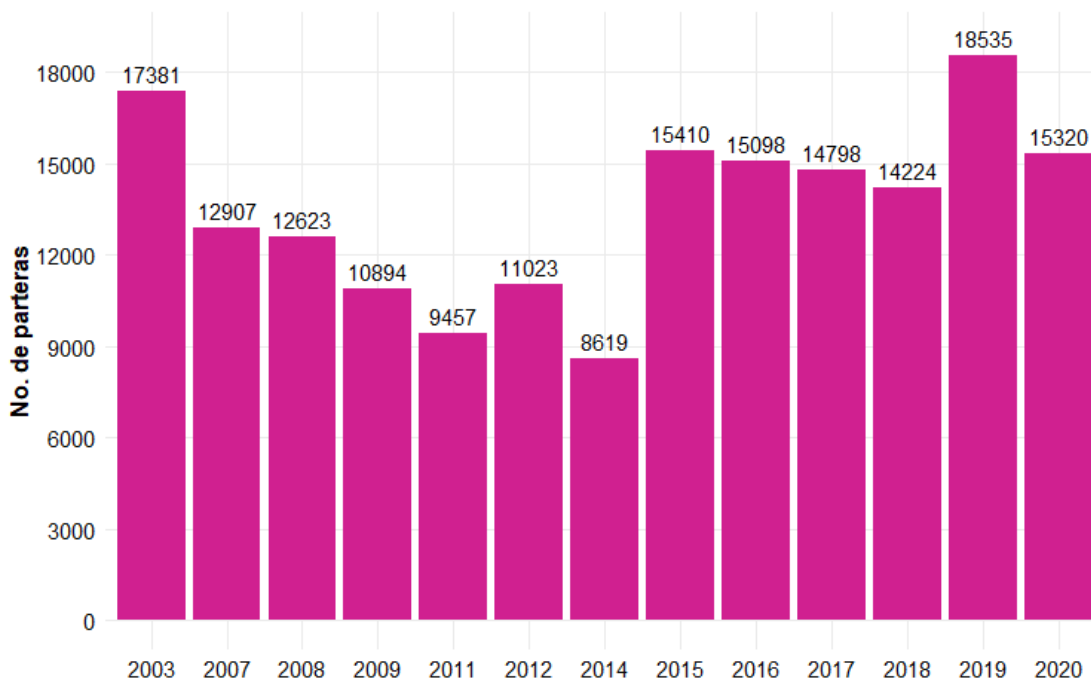
La amplitud de este término repercute directamente en los datos disponibles sobre parteras en México, ya que la normatividad existente reconoce solamente a dos tipos de parteras: parteras tradicionales y parteras profesionales, cuando en realidad hay parteras de muchos más colores y sabores.³⁷

³⁵ Sámano, Araceli (coordinadora estatal de parteras del estado de Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 29 de marzo de 2021.

³⁶ Una doula es una acompañante profesional para el trabajo de parto que brinda apoyo emocional y físico.

³⁷ 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 [DOF] 07-04-2016 (Mex.).

Figura 7: Conteo anual de parteras tradicionales en México 2020



Fuente: Elaboración propia. Solicitud de información a la Secretaría de Salud, folio 0001200148021, 2021.

Asimismo, existe otro tipo de parteras denominadas *parteras técnicas*, que se diferencian de las parteras tradicionales debido a que portan un título con peso legal que las certifica como parteras. Sin embargo, estos títulos solo pueden obtenerse de dos maneras en México: al estudiar en la organización sin fines de lucro de Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende A.C. (CASA) en Guanajuato o en la Escuela de Parteras Profesionales en Tlapa de Comonfort, Guerrero.

El sustento legal de las parteras egresadas de CASA está dado en el acuerdo 176-97 celebrado por este centro de formación y la Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato, que lo reconoce como centro educativo con la clave 11PET0143N. Gracias a este acuerdo, las egresadas obtienen un grado técnico y tienen “la capacidad de obtener su cédula profesional reconocido en todo México y en los países donde la Secretaría de Educación tenga convenios de validez”.³⁸

³⁸ Graciela Freyermuth et al., *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación y comunicación* (Ciudad de México: Comité Editorial del CIESAS, 2018).

La abogada María Sierra cuenta en entrevista que hace un par de años hubo un intento por parte del Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CENEVAL) de crear un examen para regularizar los modelos educativos de la partería en México. El problema fue que los reactivos iban a ser desarrollados por médicos, pero “es incongruente que se quiera establecer un marco de certificación con un quehacer médico cuando el quehacer de la partería es un modelo completamente distinto”, explica la abogada. Al final se abandonó el proyecto, por lo que aprender a ser partera continúa siendo un camino solitario, alegal y con estándares que dependen de quien instruya a las estudiantes.

Un tercer tipo de parteras son las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEOs), que se gradúan de programas universitarios, han hecho prácticas en hospitales y mantienen tendencias más intervencionistas que el modelo de partería tradicional. A nivel nacional existen aproximadamente 38 escuelas de enfermería con esta especialidad.³⁹

Muchas LEOs deciden aventurarse en la partería en búsqueda de modelos alternativos al parto hospitalizado. Ese es el caso de Lorena Rodríguez, quien después de estudiar una licenciatura en enfermería y obstetricia por la UNAM con una especialidad en enfermería perinatal y un diplomado de educación en psicoprofilaxis perinatal, decidió unirse al equipo de Casa Ameyali y convertirse en partera de tiempo completo. “Me di cuenta de que muchas mujeres no son tratadas de manera cálida, que no son tomados en cuenta sus comentarios, ni sus derechos, que no las hacen sentir en confianza y, que ni siquiera permiten un acompañante en el momento del parto”, explica Lorena.⁴⁰

Este recuento deja afuera a muchos tipos más de parteras que existen en nuestro país, pero que escapan las categorías simples. Sin embargo, lo que queda claro es que la partería no ha permanecido como una práctica inamovible con el pasar de los años, sino que ha logrado

³⁹ “Dónde estudiar licenciatura en enfermería y obstetricia”, *EstudiaCarreras.com* (blog), consultado el 30 de marzo de 2021, <https://estudia-carreras.com/carreras/donde-estudiar-licenciatura-en-enfermeria-y-obstetricia/>.

⁴⁰ Lorena Rodríguez (licenciada en enfermería y obstetricia (LEO) y colaboradora de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 10 de marzo de 2020.

adaptarse a las nuevas realidades que conviven en nuestro país para ofrecerle atención segura y de calidad a las mujeres mexicanas.

Sin embargo, esta evolución de las parteras muchas veces escapa la opinión pública que se tiene de ellas en nuestro país. Debido a su invisibilización y discursos de programas como el IMSS-Bienestar, se considera que la mayoría de las parteras son mujeres indígenas que operan solamente en las entidades más marginadas de nuestro país. Este tipo de discursos dejan a las parteras que trabajan en contextos urbanos en un limbo legal, social y cultural, como es el caso de las parteras de Luna Maya en la Ciudad de México, “Ser parteras urbanas no hace sentido para la Secretaría de Salud. ¿Porque existiría una partera urbana en primer lugar porque en la ciudad si hay hospitales?” comenta Kay Cisneros en entrevista.

2.1 El Programa IMSS-Bienestar y las Parteras Voluntarias Rurales

El programa IMSS-Bienestar, ha existido por más de cuarenta años bajo diferentes nombres en nuestro país. Comenzó como IMSS-Coplamar, después fue IMSS-Solidaridad, posteriormente fue IMSS-Oportunidades, le siguió IMSS-Prospera y ahora es IMSS-Bienestar. Lo que no ha cambiado desde su creación es su objetivo: llevar servicios de salud a las zonas geográficas más marginadas de México. Asimismo, es el único programa federal que hasta cierto punto reconoce los servicios de las parteras de manera oficial, pero sólo en aquellos lugares en los que la cobertura médica aún no alcanza a llegar.

Las reglas de operación del programa argumentan que el acceso a estas zonas marginadas se ha logrado gracias a la Organización Comunitaria para la Salud, que incluye a Parteras Voluntarias Rurales (PVR), Voluntarios Rurales de Salud (VRS), Médicos Tradicionales y Avaes Ciudadanos. Adriana Pol, coordinadora médica del programa IMSS-Bienestar en Yucatán, afirma que “Las parteras son una parte muy importante, prioritaria y fundamental para el desarrollo de la salud en todas las comunidades rurales del país”.⁴¹

⁴¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS-Bienestar trabaja con parteras rurales en beneficio de las mamás y sus bebés”, *Boletín IMSS-Bienestar*, núm. 395 (septiembre de 2019), <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/395>.

Sin embargo, el Dr. Edgar Herrerías, jefe de salud Reproductiva del programa IMSS-Bienestar, establece que no existe una afiliación formal con las parteras, “No tienen una relación ni laboral ni jurídica con nosotros, sino que son personas que son líderes de sus comunidades, que ellos los identifican como tal y que ellas aceptan trabajar de manera voluntaria en favor de sus comunidades”.⁴² Aún más, las reglas de operación dictan que “los VRS y las PVR únicamente recibirán por su participación comunitaria un apoyo económico para costear el traslado a sus unidades médicas”.⁴³ No queda claro de cuánto es dicho apoyo y menos la frecuencia con la cual se les otorga a las parteras.

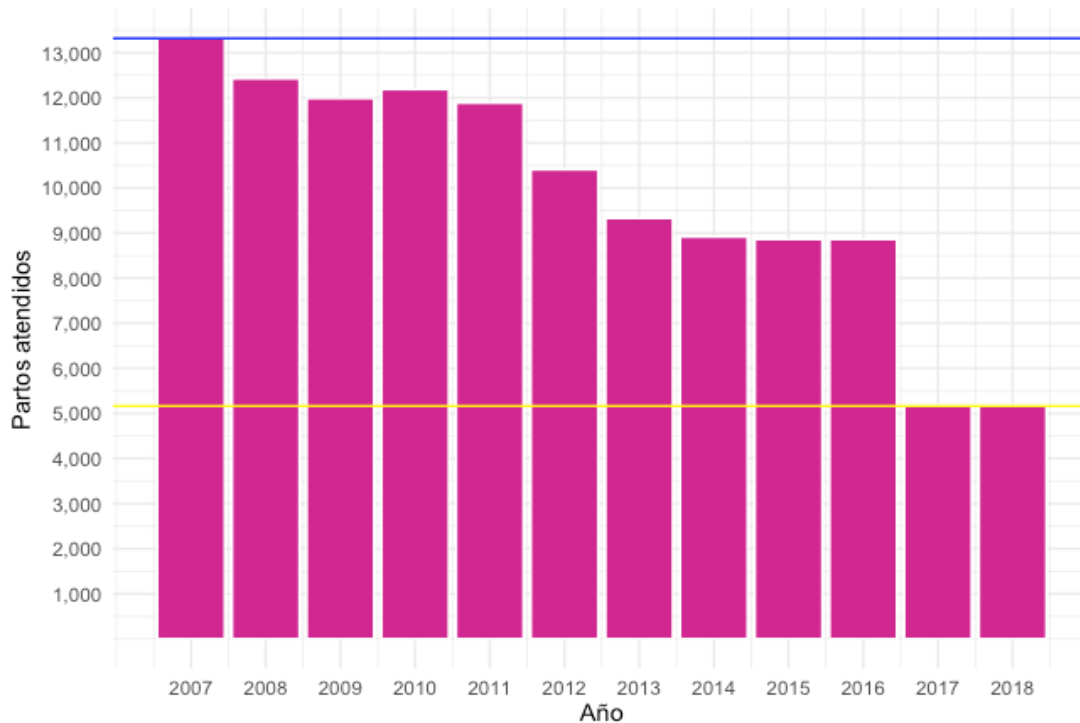
La Dra. Araceli Sámano comenta que las parteras afiliadas a este programa en Hidalgo recibían un apoyo de setecientos pesos al año, “No es nada, imagínate, setecientos pesos para realizar traslados desde sus localidades a un centro de salud. Es casi un insulto, no son ni cien pesos al mes”. Esta falta de apoyo económico a la partería ocasiona que para muchas parteras se vuelva insostenible cooperar con programas como el IMSS-Bienestar. De acuerdo con el informe estadístico del IMSS-Bienestar del 2013 y datos obtenidos en entrevista con el Dr. Herrerías, el número de partos atendidos por parteras colaborando con el programa se ha reducido en un 61.2% de 2007 a 2018.⁴⁴

⁴² Edgar Herrerías (Jefe del departamento de Salud Reproductiva del programa IMSS Bienestar), entrevistado por Ami Sosa, 9 de diciembre de 2019.

⁴³ Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2021, Diario Oficial de la Federación [DOF] 06-06- 1996, últimas reformas DOF 28-12-2020 (Mex.)

⁴⁴ “IMSS-Oportunidades: Capítulo VIII” (Documento suelto, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013), http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf.

Figura 8: Partos atendidos por Parteras Voluntarias Rurales del programa IMSS-Bienestar.



Fuente: Informes de Transparencia del programa IMSS-Bienestar y entrevista con Dr. Edgar Herrerías.

La línea azul de la gráfica representa el número de partos atendidos por parteras en 2007 (cuando se tiene el primer conteo de este tipo) y representa 13,317 partos. La tendencia negativa de la pendiente se ve claramente al enfocarse en la línea amarilla, que representa el número de partos atendidos en 2018 contabilizado por el programa en 5,165 partos atendidos por parteras.

Al final del día, tengan la trayectoria que tengan, vivan en ciudades o en comunidades rurales, estén registradas con las jurisdicciones sanitarias locales o formen parte del componente comunitario del programa IMSS-Bienestar, la mayoría de las parteras de México trabajan sin ingresos fijos, en condiciones de ambigüedad legal y al margen de las instituciones de salud. Esto se debe a que ninguna de las prácticas mencionadas anteriormente cumple un objetivo primordial: reconocer y legitimar a las parteras como personal de salud capacitado para atender partos o la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

2.2 Una profesión no reconocida

Uno de los obstáculos más grandes que enfrenta la partería en México es la falta de reconocimiento de su labor como una profesión legítima. No porque todas las parteras mexicanas quieran tener títulos profesionales, sino porque como explica la Dra. Sánchez Ramírez en entrevista, “Si algo no es reconocido, entonces tampoco es avalado, no es valorado y tampoco pagan, ¿verdad?”.

Cada entidad del país reconoce una lista de profesiones específica, por lo que México no tiene un criterio nacional de reconocimiento de profesiones. Esto quiere decir que a pesar de que algunos estados reconocen a la partería como una profesión, no existe un consenso legal a nivel federal que legitime la labor de las parteras.⁴⁵

Figura 9: Entidades en las que la partería se reconoce como profesión



Fuente: Elaboración propia. Con datos de “Professional Midwives” y *Los caminos para parir en México*.

A nivel estatal, solamente Morelos, Puebla y Sinaloa contempla a la partería como una profesión. Mientras que en Sonora, Tabasco y Veracruz el reconocimiento profesional de las

⁴⁵ Arellano, Ramírez, y Cárdenas, “Professional Midwives”, 125.

parteras depende de la existencia de planes de estudios que contengan ese término. De acuerdo con el documento *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación y comunicación*, en las listas del resto del país no se especifica a la partería como una profesión reconocida de manera directa ni ambigua.⁴⁶

Al no ser una profesión reconocida no existe un marco que permita regular la partería en nuestro país. Más allá de impactar su labor, esta falta de regulación implica que las parteras no tengan acceso a representación legal oficial que las proteja a ellas o a sus clientas en caso de que surja alguna emergencia obstétrica o un problema con las secretarías de salud locales.

Este sostén legal es algo que los médicos ginecoobstetras tienen de cajón, ya que la protección legal está incluida dentro de su póliza de riesgos de trabajo. Como explica la abogada Sierra en entrevista, “las parteras no cuentan con un representante o un despacho que se dedique a dar asesorías legales en este tema. Más bien se pasan recomendaciones entre ellas acerca de lo que les ha ido funcionando”.

Esta cuestión es preocupante ya que, si las parteras carecen de seguridad legal, sus espacios de trabajo tampoco se encuentran protegidos bajo el marco de la ley, poniendo en riesgo su labor, la salud de sus clientas y cimentando la percepción de que parir con ellas es algo peligroso.

2.3 Espacios para parir diferente

“Entran sus familiares quienes aguardaban afuera, llegan los niños y pueden ver la placenta, el milagro. Tocan la placenta, hablan sobre la sangre, miran... Que hermoso que los niños puedan ver siempre los nacimientos respetados. Ellos traen su cuchillo de obsidiana y mazorca para cortar el cordón, lo corta la abuelita”.⁴⁷

⁴⁶ Freyermuth et al., *Los caminos para parir en México*, 187-188.

⁴⁷ Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras), “3 parteras”, Facebook, 22 de octubre de 2019, <https://www.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/450727745800547>.

Figura 10: La intimidad del postparto en casa



Fuente: Casa Ameyali Parteras, Facebook, 22 octubre 2019.

Las parteras pueden trabajar en tres ambientes distintos: casas de parto, domicilios particulares u hospitales. Una casa de parto es un lugar que atiende partos de bajo riesgo. Hay tantos tipos de casas de parto como hay parteras, pero comparten información a las mujeres sobre el embarazo, parto y puerperio, promueven partos verticales y otras posiciones libres para parir, no realizan episiotomías innecesarias, promueven el retraso del corte del cordón umbilical y la lactancia inmediata.⁴⁸

Del mismo modo, las casas de parto son espacios en los que los familiares de la mujer pueden estar presentes al momento del parto, ya que son servicios privados ubicados en áreas urbanas que tienen el aspecto de una casa. Desafortunadamente, estos espacios no cuentan con un estatus

⁴⁸ Freyermuth et al., *Los caminos para parir en México*, 83

legal definido para atender a mujeres con partos de bajo riesgo. Esto se debe a que las regulaciones mexicanas establecen que los únicos lugares con validez legal para atender partos son los hospitales.

Es decir, el concepto de una casa de parto no existe per se en la normatividad mexicana, ni a nivel federal, ni a nivel estatal, ni a nivel municipal. Esto deja a las casas de parto de nuestro país fuera de los márgenes de la ley, sin un marco legal que ayude a regularlos o si quiera a reconocerlos como espacios en donde las mujeres dan a luz. “Lo que hay que entender es que no se les puede aplicar la misma normatividad a las casas de parto que a los consultorios, porque para poner un consultorio te piden que esté a la vista de los pacientes el título profesional. Una partera no lo tiene, entonces ya de entrada no podría cumplir con ese requisito”, declara la abogada Sierra en entrevista.

A pesar de este vacío legal, la Red Nacional de Parteras Autónomas, organización civil creada a mediados del año pasado, decidió darle prioridad a la atención de las mujeres embarazadas y generó un Directorio Nacional de Parteras, en el que se pueden encontrar los domicilios de trece casas de parto repartidas a lo largo y ancho del territorio nacional.

No todas las casas de parto del país se encuentran en el Directorio, ya que, al no ser espacios legales, las parteras pueden ser perseguidas en caso de que se presenten complicaciones graves, como podría ser una muerte materna. “En esos casos la responsabilidad es de índole penal y puede llegar a abrirse una carpeta de investigación por homicidio”, explica la abogada Sierra.

Kay Cisneros, vocera de la Red, comenta en entrevista, “El tema de la seguridad si es algo que constantemente nos cuestionamos, pero no por eso vamos a trabajar de incógnitas, porque la idea es llegar a las mujeres que nos necesitan”. A pesar de que esta búsqueda por la visibilidad no sea algo unánime entre las parteras de México, Kay asegura que las parteras y las casas de parto que están en el Directorio lo hacen con consentimiento y con la salud de las mujeres como prioridad.

2.4 Emergencias obstétricas y traslados a hospital

La falta de coordinación que existe entre la Secretaría de Salud y las parteras ocasiona que estas últimas se enfrenten a dos obstáculos prácticos y burocráticos principales en su labor cotidiana.

Por el lado práctico, el traslado a hospitales cuando un parto en casa se vuelve peligroso por complicaciones obstétricas es una traba que no solo afecta su labor, sino la salud y la vida de las mujeres a las que atienden.

En caso de presentarse una emergencia obstétrica, la mujer en trabajo de parto es referida a la institución de salud más cercana o a la que elija ir la futura madre. Sin embargo, las parteras reportan que en el mejor de los casos tienen una buena relación con los médicos y estos aceptan cuidar de sus clientas, en el peor de los casos se les niega atención médica. Como muchas otras cosas, depende de cada doctor y cada partera, muchas veces es un tema del azar.

Pilar, partera tradicional autónoma de Veracruz, comenta en entrevista “cuando traslado a una mujer de un parto en casa a un hospital me tratan con la punta del pie. No me dejan acompañarla y hay un trato muy despectivo hacia la familia. He sabido de casos de mujeres que llegan al hospital por una complicación y como se enteran de que viene de un parto en casa no la atienden. Como castigándola”.

Estos servicios de salud desconectados subrayan la necesidad de que exista una relación de respeto entre instituciones de salud y parteras, ya que pierde de vista que la competencia entre parteras y médicos obstetras es una falacia, cada profesional de la salud tiene competencias distintas y habilidades mutuamente compatibles y necesarias.

“Nacen más de 2 millones y medio de bebés al año en México. Te puedes acercar a cualquier paritorio de servicios de salud y están colapsados, están sobrepasados, nadie se va a quedar sin trabajo si se regula la partería. Lo que sí podemos lograr es reducir la mortalidad materna de manera real”, declara la Dra. Sánchez.⁴⁹

⁴⁹ Georgina Sánchez Ramírez (profesora e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)), entrevistada por Ami Sosa, 19 de marzo de 2020.

Países como Ecuador, Chile, Holanda, Inglaterra y Alemania ya han incluido a las parteras dentro de sus sistemas de salud públicos, lo que ha reducido acciones invasivas innecesarias y ha ayudado a eficientar las consultas durante el embarazo y el postparto. Al final del día, la discriminación, aunada a la falta de reconocimiento y de regulación de la labor de las parteras impacta directamente el abanico de opciones que las mujeres mexicanas tienen para atender su salud sexual y reproductiva.

2.5 Certificados de nacimiento y el derecho a la identidad

Sin embargo, todas de las parteras que fueron entrevistadas para este reportaje comentan que su problema más grande al momento de lidiar con los servicios de salud oficiales es burocrático, ya que obtener certificados de nacimiento que después sean validados en el registro civil es distinto en cada municipio de nuestro país.

Las autoridades de México requieren que los certificados de nacimiento sean firmados y estampados por la institución de salud que les entrega dichos documentos a las parteras. Sin embargo, los requisitos, procesos y condiciones dependen en gran parte de la entidad, la institución y su relación personal con las parteras.

Las parteras registradas con la Secretaría de Salud pueden pedir un número de certificados de nacimiento por mes a su jurisdicción sanitaria local. Sin embargo, parteras como Doña Rita que no están registradas no tienen ese privilegio. Las parteras técnicas o profesionales tampoco tienen acceso a certificados de nacimiento, por lo que deben recurrir a métodos alternativos para obtenerlos, cómo entablar relaciones con algún médico que sí pueda expedir certificados.

María José Estrada tuvo a su primer bebé el 23 de marzo del 2016 en casa de Doña Rita, partera tradicional de la comunidad de La Raya, Singuilucan, Hidalgo.⁵⁰ Sin embargo, experimentó de primera mano la dificultad de registrar a su bebé y obtener un acta de nacimiento. “No nos

⁵⁰ María José Estrada (cliente de Doña Rita, partera tradicional de Pachuca, Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 20 de noviembre de 2020.

dejaron registrar a Ananda en el municipio de Singuilucan. Venimos a Pachuca y nos dijeron que no que no nos podían dar la carta de alumbramiento sin un certificado de nacimiento porque se hablaba de temas de tráfico de infantes y nadie podía garantizar que Ananda era mi hija, a pesar de que todavía iba en posparto”, comenta pesarosa, “Yo confié muchísimo en las habilidades de Rita, pero no estaba dada de alta como partera ante la jurisdicción y no podía expedir certificados”

Para solucionar esta situación, su partera tuvo que ir con el ejidatario del lugar para obtener una carta escrita a mano que dijera que habían visto embarazada a María José, que conocían a Doña Rita en la comunidad y que esta última no era una “mala persona”. Con carta en mano, María José y su pareja pasaron tres semanas entre registros civiles y jurisdicciones sanitarias de Pachuca y Singuilucan hasta que lograron probar que Ananda era su hija, conseguir un certificado de nacimiento y eventualmente ir al registro civil para obtener un acta de nacimiento.

Más allá de las parteras y las madres, esta problemática afecta directamente a los recién nacidos, ya que este tipo de prácticas les niegan un derecho humano, el derecho a la identidad. El acta de nacimiento es el documento legal que certifica la identidad en nuestro país, es decir, permite que al nacer una niña o niño se le reconozca un nombre, una nacionalidad, una familia, y puedan ejercer otros derechos sin restricciones legales. “Si no tienes un acta de nacimiento no existes, no te identificas ante la sociedad y esta no te identifica a ti”, comenta en entrevista la Dra. Nadia Castro, encargada de darle asistencia a mujeres en la jurisdicción sanitaria de Pachuca de Soto.

Incluso si pueden obtener certificados de nacimiento, a veces los requisitos que cada registro civil solicita para obtener un acta de nacimiento son distintos incluso dentro de una misma ciudad. Al tener a Edam, su segundo bebé, María José volvió a enfrentarse a esta pesadilla burocrática.

Edam, llegó a este mundo el 18 de octubre de 2019 en manos de las parteras tradicionales de Casa Ameyali. Esta vez obtener un certificado de nacimiento fue más sencillo para María José, ya que las parteras María Hernández y Beatriz Medina están certificadas ante un centro de salud de Pachuca, tienen certificados de nacimiento y los pueden firmar con validez.

Sin embargo, la pareja de María José salió del país hasta que Edam cumplió los cinco meses de nacido. Para ese entonces, México ya estaba en emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19, por lo que en marzo del 2020 María José hizo una cita por Whatsapp con el registro civil estatal para ir a registrar a su bebé, “Hicimos cita por internet porque no podíamos ir por lo de la pandemia. Al llegar nos dijeron que no tenían ninguna cita con nuestro nombre. Volvimos a hacer otra cita por Whats y cuando llegamos por segunda vez nos dijeron que habían suspendido las citas para ese día”.

Pasaron tres semanas para que María José pudiera encontrar otra cita, pero para ese entonces Edam tenía más de seis meses de edad. Ahora le pedían una Constancia de No Registro y otra de Residencia para obtener el acta de nacimiento de su hijo. Sin embargo, a través de una búsqueda en internet María José descubrió que existía un registro civil en la ciudad de Pachuca que solamente necesitaba la Constancia de No Registro, “Ahí fueron mucho más amables y nos lo registraron super rápido, nos tocó una chica muy buena onda”.⁵¹

En total, pasaron ocho meses desde que nació Edam para que pudiera ser registrado, a pesar de tener un certificado de nacimiento y de vivir cerca de los registros civiles, la heterogeneidad del proceso sigue siendo un problema en la pandemia, incluso dentro de una misma ciudad y con procesos digitales. La diferencia de criterios hace que garantizar el derecho a la identidad de un niño o recién nacido muchas veces sea un volado. “Deberían tener procesos más claros para que la gente no se pierda en un laberinto de burocracia y tramitología tremenda”, se lamenta en entrevista la Dra. Castro.⁵²

Sin embargo, este modus operandi que deja los requisitos al criterio de cada registro civil existe desde 1859, cuando el gobierno de Benito Juárez expidió las Leyes de Reforma que consumaron la separación de la Iglesia y el Estado y crearon el Registro Civil. Desde entonces, los servicios estatales de salud “deben orientar a los certificantes acerca de las instancias donde pueden

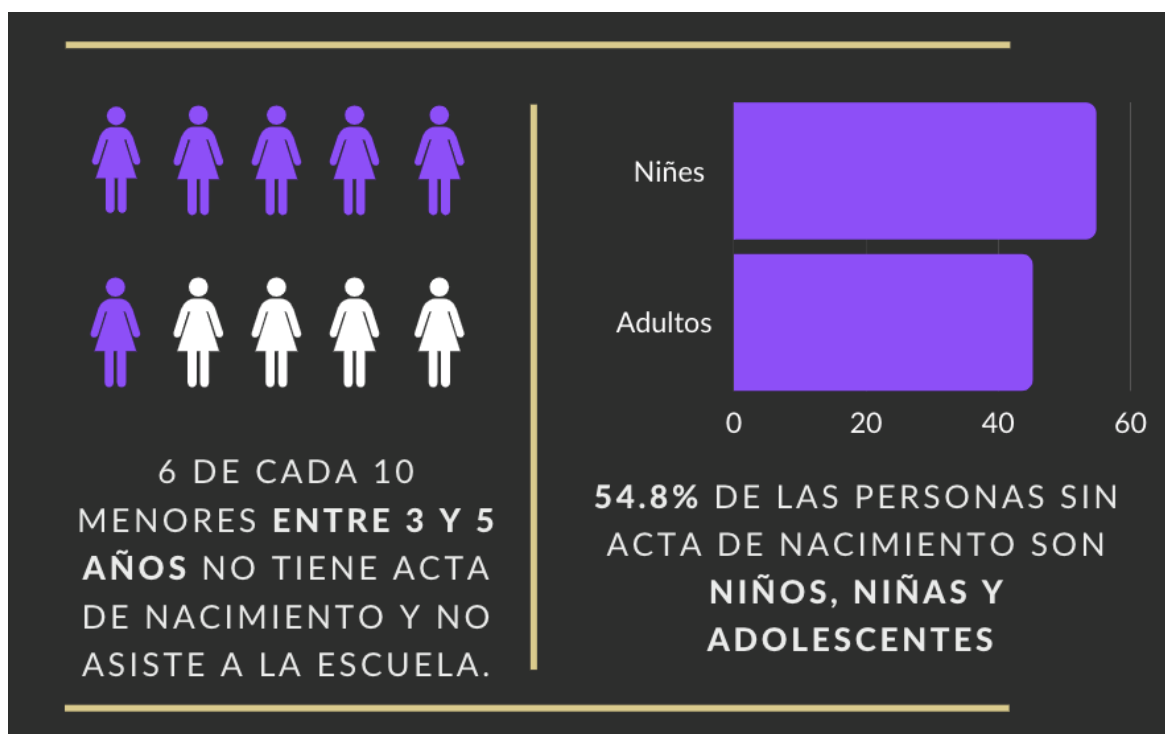
⁵¹ Establece si una persona no cuenta con acta de nacimiento.

⁵² Nadia Castro (encargada de darle asistencia a mujeres en la Jurisdicción Sanitaria de Pachuca de Soto), entrevistada por Ami Sosa, 20 de noviembre de 2020.

obtener los formatos para expedir Certificados de Nacimiento, así como los requisitos establecidos para obtenerlos”.⁵³

Esta condicionalidad ocasiona que, de acuerdo con cifras de la Encuesta Intercensal 2015 (EIC 2015), la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015) y de las Estadísticas vitales de natalidad, aproximadamente 36 mil menores no contaban con acta de nacimiento y no asistían a la escuela en nuestro país.⁵⁴

Figura 11: Menores sin acta de nacimiento en México



Fuente: Elaboración propia. Con datos del informe “Derecho a la identidad” de INEGI y Unicef México, 2019.

Esta cifra es preocupante porque como comenta la Dra. Nadia, “Si un niño no se registra pierde acceso a cosas como una cartilla de vacunación, educación de calidad y eventualmente un trabajo. Aunque se parezca hartito a la mamá o al papá, eso no es evidencia probatoria”.

⁵³ Norma Oficial Mexicana, NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, Diario Oficial de la Federación [DOF] 30-11-2012 (Mex.).

⁵⁴ INEGI y UNICEF, “Derecho a la identidad. La cobertura del registro en México”, comunicado de prensa núm. 16/19, 22 de enero de 2019, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/identidad2019.pdf>.

Tristemente, estas cifras demuestran que para tener nacer en nuestro país no siempre es suficiente para tener una identidad.

El derecho a la identidad es algo que debería ser garantizado por el Estado de manera gratuita y universal. Además, con un mayor conocimiento de su población el gobierno puede crear políticas públicas más certeras. Sin embargo, el Registro Civil de México sigue respondiendo a reglas que se crearon hace más de siglo y medio.

Aura Gallegos, egresada de la Maestría en Educación para la Interculturalidad y la Sustentabilidad (MEIS) de la Universidad Veracruzana, escribe que “las familias han dejado de acudir con sus parteras para evitarse el viacrucis administrativo al que son sometidas las mujeres que paren fuera de los hospitales”.⁵⁵ Lo cual impacta directamente en la labor cotidiana de las parteras y en su atractivo como alternativa a la atención hospitalaria.

A pesar de esta arbitrariedad burocrática, el formato del certificado de nacimiento que se utiliza a nivel nacional contiene tres apartados en los que se reconoce de manera implícita la ocurrencia de los partos con parteras.

El primero es el apartado número 28, “Sitio de atención del parto”, en el que se puede seleccionar la opción de “Hogar”. El segundo es el número 29, en el que se detalla la “Persona que atendió el parto” y donde aparece la opción de “Partera”. Por último, el apartado número 32 identifica a la persona responsable de la certificación del nacimiento y contiene la opción de “Partera”.

Con todo y estas opciones de llenado que reconocen la existencia de las parteras y de las mujeres que paren fuera de los hospitales, hoy en día obtener certificados de nacimiento y que los acepten en los registros civiles sigue siendo una odisea para las parteras mexicanas y sus clientas.

⁵⁵ Aura Renata Gallegos, «La partería tradicional: el otro sistema de salud desmantelado», *Rompeviento*, 17 de abril de 2020, <https://www.rompeviento.tv/category/articulos-de-opinion-y-columnas/articulos-de-opinion/aura-renata-gallegos/>.

Figura 12: Fotografía de certificado de nacimiento

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PR...
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL D...
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos 06 09 20 20 12 02 24		18. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	19. EDAD GESTACIONAL 14 0 Semanas
20. TALLA 5 2 Centímetros	21. PESO AL NACER 4 0 8 0 Gramos	22.1 APGAR (A los 5 minutos) 8 1 0	22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) 0 0 1
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.2 Hepatitis B Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.3 (A) Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 24.4 (K) Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3	
26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) ninguna aparente b)			CODIGO CIE Uso exclusivo del personal codificador
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico <input checked="" type="radio"/> 1 Distócico <input type="radio"/> 4 ¿Se usaron forceps? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Cesárea <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique:			
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Prospera <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10		28.1 Nombre de la unidad médica 28.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Gineco-obstetra <input type="radio"/> 11 Otro especialista* <input type="radio"/> 12 Residente <input type="radio"/> 13 General <input type="radio"/> 14 MPSS <input type="radio"/> 15 MIP <input type="radio"/> 16 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 3 Partera <input checked="" type="radio"/> 4 Otro* <input type="radio"/> 8 Especifique:			
30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Tipo de vitalidad 30.5 Tipo de asentamiento humano 30.8 Localidad 30.9 Municipio o delegación 30.10 Entidad federativa			
31. NOMBRE Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido			
32. CERTIFICADO POR Médico pediatra <input type="radio"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 7 Otro médico* <input type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4 Partera <input checked="" type="radio"/> 5 Autoridad civil* <input type="radio"/> 6 Especifique			
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional		34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA 34.1 Nombre de la unidad médica 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vitalidad 35.5 Tipo de asentamiento humano 35.8 Localidad 35.9 Municipio o delegación 35.10 Entidad federativa 35.11 Teléfono			
36. FIRMA		37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO		HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE	
		FIRMA DE LA MADRE	
		SELLO OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE	

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE

Fuente: Fotografía tomada por la autora, certificado de nacimiento de Casa Ameyali, Modelo 2015

3. Prácticas que no encuadran en la normatividad existente

El trabajo de las parteras está íntimamente conectado a los derechos humanos de dos maneras distintas. Primero, el derecho de las mujeres a decidir el lugar y tipo de cuidado que quieran recibir en el continuum de atención a su salud sexual y reproductiva. Segundo, el derecho de las parteras a ejercer su profesión libremente.

3.1 Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

El Artículo 1º de la Constitución establece que:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

[...]

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Es decir, en México todo asunto que tenga que ver con el embarazo, parto y puerperio está claramente incluido como parte de los derechos humanos que estipula el Artículo primero constitucional citado previamente. Pero ¿qué tienen que ver las parteras profesionales con la garantía de los derechos humanos de las mujeres en México?

De acuerdo con el análisis del libro *Parteras profesionales y su marco regulatorio en México*, la conexión radica en que las parteras son una opción más para las mujeres, no sólo para supervisar el embarazo sino para asistir el parto, postparto y otras áreas ligadas con la salud

sexual y reproductiva de las mujeres (como pruebas de Papanicolau y anticonceptivos), que son parte fundamental de los derechos humanos de las mujeres.⁵⁶ La partera Kay Cisneros se lamenta, “A los servicios de salud oficiales no les entra en la cabeza la posibilidad de que haya una partera para cada mujer. Hace falta normalizar la atención por parteras a todas las mujeres, en todas las localidades de este país”.

Los Artículos 1º y 4º de la Constitución crean espacios para diferentes alternativas de cuidado, lo que les permite a las mujeres ejercitar su derecho a una información oportuna y basada en evidencia para decidir dónde, cómo, cuándo y con quién dar a luz.⁵⁷

Del mismo modo, el Artículo 3 párrafo IV de la Ley General de Salud define el cuidado materno-infantil como materia de salubridad general. El Artículo 61 de la misma ley reconoce este tipo de cuidado como una prioridad e incluye el cuidado de las madres durante el embarazo, parto y puerperio, así como el cuidado de los recién nacidos y el monitoreo de su crecimiento y desarrollo en etapas posteriores.

Estos artículos se comprometen a que las mujeres reciban servicios que respeten sus necesidades tanto físicas como emocionales y que no pongan en riesgo la vida de la madre o el recién nacido.

También hay regulaciones específicas publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) como la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 (publicada el 17 de febrero de 2017), la cual se centra en el cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como en el cuidado del recién nacido.⁵⁸ La Norma menciona la necesidad de promover el parto vertical, limitar la práctica de episiotomías, promover la lactancia inmediata, retrasar el corte del cordón umbilical. Todas estas acciones que incluye el modelo de partería.

⁵⁶ Arellano, Ramírez, y Cárdenas, “Professional Midwives”, 125.

⁵⁷ Arellano, Ramírez, y Cárdenas, “Professional Midwives”, 127.

⁵⁸ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016.

Sin embargo, la Norma Oficial Mexicana 007 legaliza y promueve los traslados a hospital por parte de parteras, con el objetivo de que el cuidado de parto esté bajo la responsabilidad y el control del hospital.

Estas regulaciones deben seguirse por las instituciones nacionales y estatales de salud, sean públicas o privadas. De no atenerse a estos reglamentos las instituciones pueden ser castigadas o multadas dependiendo de la jurisdicción a la que pertenezcan.

Aún más, el derecho de una mujer a un cuidado sexual y reproductivo seguro y su derecho a tratamientos libres de violencia quedan claramente protegidos bajo los derechos humanos y otros lineamientos internacionales.

A través de la declaración de Alma Ata del 12 de septiembre de 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el acceso a los servicios de salud como un derecho humano. Esto con el fin de atender la desigualdad de acceso a los servicios de salud de países en vías de desarrollo.

En cuanto a derechos sexuales y reproductivos, las declaraciones hechas durante las conferencias internacionales de El Cairo (1994) y Beijing (1995) señalan que estos derechos son inherentes a la humanidad en general, pero particularmente importantes para mujeres y niños a luz del sistema médico actual que regula la cultura alrededor de los cuerpos de las mujeres, sexualidad, reproducción, autonomía y salud.⁵⁹

3.2 Libertad de profesión

La Suprema Corte de Justicia de México ha establecido claramente que:

Como un derecho fundamental reconocido por el sistema de justicia mexicano, la dignidad humana es la base del derecho de cada individuo a escoger su proyecto de vida

⁵⁹ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016.

de manera independiente y libre. [...] Por ende, el derecho libre desarrollo de la personalidad significa, inter alia, la libertad de escoger la profesión, el trabajo.⁶⁰

Asimismo, el Artículo 5º Constitucional apoya la decisión de profesión, mientras que ésta sea legal. De manera adicional, este artículo establece que la ley de cada entidad determina las profesiones que requieren una cédula para ser practicadas, los requisitos para la obtención de dicho título y las autoridades correspondientes para emitirlo.

En 2009, la Secretaría de Salud publicó el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”,⁶¹ en el cual se establece que en caso de una emergencia obstétrica una madre puede ser atendida en cualquier institución nacional o estatal de salud, sin necesidad de ser miembro de ese sistema en particular. El criterio de selección de hospital es la distancia, lo que significa que la paciente puede acudir al hospital más cercano para prevenir cualquier complicación o mortalidad materna.

A nivel internacional, existen documentos que a pesar de no tener peso legal sientan precedentes sobre las maneras de operar de las parteras.

Uno de estos es la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en Brasil en el año 2000, en la que se establecen los principios de atención respetuosa enfocada en la madre y su familia al momento del parto, así como en tratamientos holísticos que toman en cuenta el contexto emocional, social y de salud de la mujer. Desafortunadamente, la conferencia no resultó en ningún acuerdo formal.

⁶⁰ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016.

⁶¹ *El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud* (México: Secretaría de Salud, 2012), [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica\(3\).pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica(3).pdf).

3.3 Las promesas pendientes de la 4T

En diciembre del 2019, la diputada del partido Movimiento Ciudadano Martha Tagle presentó a la cámara de diputados una propuesta para adicionar las fracciones V y VI al artículo 64 de la Ley General de Salud, en materia de atención al embarazo. La propuesta de ley proponía la implementación de Unidades de Partería o Casas de Partería dentro o fuera de hospital, definidas como “espacio físico con capacidad para dar atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y el cuidado del recién nacido”.⁶²

El documento argumenta que cada parto sin complicaciones atendido por parteras es de aproximadamente \$1,900 pesos en costos directos, por lo que el sistema de salud podría ahorrar alrededor de más de 52 millones de pesos anualmente. “Dicho de otra manera, invertir en parteras profesionales, técnicas y tradicionales es altamente rentable para las mujeres, para el sistema de salud público y para el país”, escribe la diputada Tagle.

Sin embargo, esta iniciativa no llegó a ver la luz del día, porque durante la última sesión de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Legislatura de la Paridad de Género se echó atrás el dictamen.

⁶² Tagle, “Iniciativa que adiciona el artículo 64 de la Ley General de Salud”.

4. Historia de invisibilización: el desplazamiento de la labor de partería en México

La historia de la partería precede a la historia del colonialismo en nuestro país y en el mundo. Sin embargo, con la llegada del siglo XIX, esta labor con siglos de experiencia comenzó a ser relegada a un segundo plano y en su lugar, los médicos y los hospitales se convirtieron en las autoridades máximas para atender a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

4.1 Siglo XIX: presagio del final

La Dra. Graciela Freyermuth, antropóloga médica e investigadora del CIESAS-Sureste (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social) explica que “en el siglo XIX empieza a haber transformaciones en la medicina moderna y el uso del cloroformo como anestésico se incursiona de manera más segura en la cirugía, porque desde el siglo XVII se hacían cesáreas en mujeres vivas. Pero el cloroformo permitió la cirugía obstétrica y ahí empieza a haber disputa del campo entre parteras y médicos”.⁶³

De acuerdo con la investigación de la Dra. Ana María Carrillo,⁶⁴ historiadora e investigadora del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel 2, durante el siglo XIX en México las parteras profesionales, llamadas parteras tituladas, habían conseguido acceder a entrenamiento de nivel universitario en el área de obstetricia.

Sin embargo, el 24 de marzo de 1892 el Ministerio de Gobernación publicó un reglamento para parteras tituladas en el cual se les prohibió atender partos complicados y se les prohibió utilizar inyecciones o anestésicos si estos no eran prescritos por un médico.

El reglamento provocó debates en los que estuvieron involucrados las secretarías de Gobernación e Instrucción Pública, el Consejo Superior de Salubridad, la Escuela Nacional de Medicina y los gremios de parteras y de médicos.

⁶³ Graciela Freyermuth, “La historia de la partería en México”, entrevistada por Radio Uno XERA del Sistema Chiapaneco de Radio y Televisión, CIESAS, 4 junio, 2019, <https://www.youtube.com/watch?v=4g8C426u-Ak>.

⁶⁴ Ana María Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, núm. 19 (1999): 167–90.

La entonces existente Liga de Parteras, una asociación de profesoras tituladas de la Facultad de Medicina de México, le envió una carta al presidente Porfirio Díaz en la que argumentaban haber recibido el mismo entrenamiento que los estudiantes de medicina, quienes sí podían atender partos complicados.⁶⁵ Asimismo, la Liga planteaba su especulación de que la prohibición tenía más que ver con la intención de los médicos de crear más espacios lucrativos para su profesión, que con proteger a las parturientas. Sin embargo, el presidente hizo oídos sordos de su petición y las restricciones continuaron con el pasar del tiempo.

4.2 Siglos XX y XXI: perdiendo terreno

A principios del siglo XX se estimaba que México tenía una población escasa para las dimensiones de su territorio como resultado de la Revolución Mexicana (1910-1920) y la Guerra Cristera (1926-1929).

Fue entonces que el gobierno mexicano decidió promover que las familias tuvieran una mayor cantidad de hijos e hijas con el objetivo de aumentar la población del país. De este modo, de 1928 hasta 1970 el discurso sobre la población mexicana se enfocó en promover la fertilidad.⁶⁶

La primera Ley de Población de 1936, promulgada durante el mandato del presidente Cárdenas, reconocía el aumento de la población como uno de los problemas demográficos fundamentales.⁶⁷ “Interesaba que hubiera suficientes mexicanos para poblar el territorio y ahí es cuando toma centralidad la maternidad. No solo para construir la imagen de la mujer cuya principal responsabilidad era la reproducción, sino para la salud materna” comenta la Dra. Freyermuth en entrevista para el video de CIESAS, “La historia de la partería en México”.

⁶⁵ Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión”, 179.

⁶⁶ Sánchez, “From infantilization to body- territoriality”, 102

⁶⁷ Patricia Chemor Ruiz, coord., *40 Años del Consejo Nacional de Población* (México: CONAPO, 2014), http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2538/2/images/40_Aniversario_CONAPO.pdf.

Como resultado, se construyeron maternidades en todo el país y en 1944 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social para atender a los trabajadores y sus familias. En estas instituciones las parteras se encargaban del control del embarazo, el parto y el puerperio y su presencia ayudó a que la población aceptara el parto en hospitales.

En 1947 se publica la segunda Ley General de Población bajo el mandato del presidente Miguel Alemán, en la que se legaliza el matrimonio para mujeres de 14 años y hombres de 16 años.⁶⁸ La ley también promovía la reducción de la mortalidad, la protección de la infancia y prohibía el uso y la distribución de anticonceptivos.

Estas medidas a favor de la natalidad se tradujeron en uno de los aumentos de población más altos del mundo durante el siglo XX. Esto ocasionó que el Estado cambiara drásticamente su discurso hacia la reducción de la fertilidad, ya que incrementar el número de mexicanos había dejado de ser un problema y en su lugar se volteó la mirada hacia el flujo migratorio proveniente de Centroamérica.

Durante la década de los cuarenta y cincuenta la mayoría de los partos dentro de los hospitales eran atendidos por parteras.⁶⁹ Sin embargo, algunas de estas instituciones exigían a las parteras abandonar el ejercicio libre de su profesión para ser contratadas, eventualmente relegándolas de categoría. A partir de 1960 los centros hospitalarios empezaron a prohibir que las parteras atendieran partos en las instalaciones.

En 1974 bajo el mandato del presidente Echeverría, se publica la tercera Ley General de Población, que a la fecha es vigente en nuestro país.⁷⁰ Esta ley refleja los cambios demográficos del momento, ya que legaliza el uso de anticonceptivos y promueve los beneficios de tener familias más pequeñas.

⁶⁸ Gustavo Cabrera Acevedo, “El Estado Mexicano y las Políticas de Población” (Actes d’Homenatge a Mèxic de la Comissió Amèrica i Catalunya 1992, Centre d’Estudis Demogràfics, 1992), https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/1990/184806/papersdemografia_a1990n47iSPA.pdf.

⁶⁹ Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión”, 187.

⁷⁰ Sánchez, “From infantilization to body- territoriality”, 102

Durante los setenta muchas mujeres en zonas urbanas y rurales aún decidían parir en casa con doctores de cabecera o parteras. Sin embargo, una vez que entró en vigor la tercera Ley General de Población, el Estado necesitó promover los partos en hospitales para controlar la frecuencia de hijos por mujer y promocionar el uso de anticonceptivos.

De acuerdo con la Dra. Carrillo, a pesar de todas estas restricciones hasta los setenta más del 70% de las mujeres mexicanas atendían sus partos en casa y con parteras. Asimismo, había maternidades anexadas a los hospitales, pero estas solo se utilizaban como espacios didácticos para estudiantes de obstetricia.

La Dra. Freyermuth nota que los setenta fueron de las mejores épocas para la relación entre parteras y el Estado, “las parteras recibían becas, se les dieron botiquines, algunas cuentan cómo se les llevó a la CDMX, que hubo camiones que llegaron al velódromo, se les capacitó no solo en partería sino en primeros auxilios, se les llevaba a los hospitales, se les premiaba, regresaban, se les hacían comidas. Entonces, ellas se sentían muy reconocidas y apapachadas por el Estado”.

En 1989 se creó Las Parteras TICIME, una asociación civil establecida en la Ciudad de México y Tepoztlán que se dedicaba a promover la partería y conectar a parteras profesionales y tradicionales.⁷¹

Durante la década de los noventa se crearon lo que la Dra. Hannah Laako, investigadora de ECOSUR, denomina “políticas bipolares de salud” que buscaban generar servicios de salud basados en los mercados de consumidores potenciales y que al mismo tiempo dirigían servicios de salud públicos hacia los segmentos más pobres de la población.

“Podemos ver cómo de forma sistemática la profesión se ha ido desdibujando, entonces partimos de dos problemas muy serios, por un lado, se las instrumentaliza cuando las necesitan, por el otro lado se ataca la profesión” critica la Dra. Sánchez en entrevista.⁷²

⁷¹ Laako, “She breaks paradigms and leaves a trail”, 75.

⁷² Georgina Sánchez Ramírez (profesora e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)), entrevistada por Ami Sosa, 19 de marzo de 2020.

En el 2003 se crea el Seguro Popular en México, que amplió la cobertura de salud pública y trajo consigo un sistema de afiliación. La Dra. Freyermuth explica que “las mujeres se sentían muchas veces obligadas a ir a los servicios de salud y las parteras dicen que la presencia de los médicos y el hecho que les digan a las mujeres que se van a morir y van a tener complicaciones ha tenido un papel importante en la toma de decisiones. Y esto ha cercado la práctica de la partería en el ámbito rural”.⁷³

La señora Rosalina Abán, que ha vivido en la comunidad de Tezochuca, Hidalgo por más de cincuenta años, recuerda que cuando aún vivían sus padres había un partero en su comunidad, pero “ahora ya todas las muchachas se van a parir con doctores por eso del Seguro. Nadie pare con parteras. No sé qué pasó con el partero que vivía acá”.⁷⁴El testimonio de la señora Rosalina resume la historia de la partería en nuestro país, que a partir del siglo XIX ha ido sido relegada a los márgenes de la salud nacional, centrando la atención del parto en manos de médicos obstetras y hospitales.

⁷³ Graciela Freyermuth, “La historia de la partería en México”, entrevistada por Radio Uno XERA del Sistema Chiapaneco de Radio y Televisión, *CIESAS*, 4 junio, 2019, <https://www.youtube.com/watch?v=4g8C426u-Ak>.

⁷⁴ Rosalina Abán (residente de Tezochuca, Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 1 de abril de 2021.

5. Breve teoría: subalternidad y feminismo

5.1 Intersección de desigualdades

Las parteras encarnan la subalternidad, ya que, en su mayoría, traspasan las divisiones de clase y raza, se sumergen dentro de distintos mundos porque atienden a mujeres de todo tipo de estratos socioeconómicos.⁷⁵

Yuderkis Espinosa-Miñoso escribe que “El tratamiento de raza y clase como diferencias menores entre las mujeres, o sea entre un grupo específico, tiende a naturalizar estas categorías como si ellas no fueran producidas por sistemas estructurales de dominación que han terminado definiendo y organizando el mundo y la vida social dentro de la cual están las mujeres”.⁷⁶

Este lente de análisis a la partería permite acercarse de manera precavida a las mujeres que practican esta labor, ya que como se ha comentado en páginas anteriores, el término “partera” está cargado de heterogeneidad, colonialismo y politización histórica.

5.2 Conocimientos situados

Laako y Sánchez utilizan en su libro el concepto de *situated knowledges* que podría ser traducido como *conocimientos situados*.⁷⁷ Este concepto argumenta que la visión eurocéntrica de la ciencia contribuye a suprimir otros conocimientos y al mismo tiempo ignora su posicionamiento histórico-político al respaldarse detrás de una supuesta objetividad, neutralidad y universalidad. Por medio de este concepto, las autoras incluyen a la biomedicina, que está cultural, histórica y geográficamente situada.

Un ejemplo significativo del contexto histórico de la ginecología en nuestro continente es el caso del médico estadounidense James Marion Sims, considerado el “padre de la ginecología

⁷⁵ Laako, “Underdogs, turf wars and revivals”, 30.

⁷⁶ Yuderkis Espinosa-Miñoso, “Una crítica decolonial a la epistemología feminista crítica”, *El Cotidiano*, núm. 184 (2014): 7–12, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32530724004>.

⁷⁷ Laako, “Underdogs, turf wars and revivals”, 24.

moderna”. Sims utilizaba los cuerpos de esclavas negras como materia prima de su investigación obstétrica. Realizaba experimentos sin utilizar anestesia, ya que pensaba que las personas negras no eran capaces de sentir dolor.⁷⁸

Con casos como ese, la visión de las feministas decoloniales de América Latina cobra fuerza, ya que como escribe Lugones,⁷⁹ “Necesariamente los indios y negros no podían ser hombres y mujeres, sino seres sin género. En tanto bestias se los concebía como sexualmente dimórficos o ambiguos, sexualmente aberrantes y sin control, capaces de cualquier tarea y sufrimiento, sin saberes, del lado del mal en la dicotomía bien y mal, montados por el diablo”. Es así que el colonialismo dictó el pensar de médicos como Sims, cuyas prácticas ahora entendemos como racistas y poco objetivas. Él es solamente un ejemplo de cómo el sistema médico actual construyó una casa con cimientos sesgados, dentro de la cual las parteras y sus conocimientos originarios no eran bienvenidos.

5.3 Cuerpo-territorio

Otro concepto útil para entender la partería es aquel de *cuerpo-territorio*, que de acuerdo con la Dra. Sánchez ha sido desarrollado en Latinoamérica en respuesta a la violencia contra las mujeres.

En el tercer capítulo de *Midwives in Mexico: Situated Politics, Politically Situated*, la Dra. Sánchez argumenta que no todas las mujeres son tratadas de la misma manera dentro de los sistemas mundiales de atención a la salud, en especial en el área de atención materno-infantil. Esto no es sorprendente si regresamos a la analogía de que la casa de la atención a la salud fue construida sobre cimientos que utilizaban la raza, la clase y el género para determinar el tipo de atención que recibiría un paciente. En el caso de las víctimas de los experimentos de Sims, su

⁷⁸ Brynn Holland, “The ‘Father of Modern Gynecology’ Performed Shocking Experiments on Enslaved Women”, *History*, 29 de agosto de 2017, <https://www.history.com/news/the-father-of-modern-gynecology-performed-shocking-experiments-on-slaves>.

⁷⁹ María Lugones, “Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples”, en *Polítizar la diferencia étnica y de clase: feminismo de color*, Conexión Fondo de Emancipaciones (Serie Foros 2) (Pensando los Feminismos en Bolivia, La Paz, Bolivia, 2012), <http://rcci.net/globalizacion/2013/fg1576.htm>.

condición de esclavas de ascendencia africana hacía que la anestesia no fuera algo necesario al momento de operarlas.

El caso de México no resulta tan distinto al de los Estados Unidos, ya que el tratamiento médico que se recibe depende de la cultura prevalente y va de la mano con los recursos económicos, médicos, democráticos y políticos relacionados con la igualdad de cada país. Las condicionantes del sistema de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres no son cosa del siglo pasado y sigue más presente que nunca en nuestro país. La breve nota “La mitad de las mujeres no son dueñas de sus cuerpos: ONU”⁸⁰, publicada hace tres semanas en el medio Eje Central, subraya que las mujeres que carecen de estudios en México son las más vulnerables a vivir violencias sobre sus cuerpos.

El cambio de escenario en términos de cómo y dónde parir ha desplazado las prácticas de la esfera de la mujer y sus parteras y lo ha colocado en manos de médicos y la cultura gineco obstetra estandarizada de nuestro país.

Puede ser por esto que la partería siga siendo una profesión fuertemente politizada, especialmente cuando es vagamente reconocida como una profesión. E incluso si fuera reconocida, el modus operandi de las parteras escapa los binarios simples de las esferas de lo “público” y lo “privado” o de lo “profesional” y lo “personal”.⁸¹

5.4 Modelos de salud coexistentes

Dada la historia de colonialismo de Latinoamérica, las instituciones mexicanas de salud conservan una mirada sesgada a favor de sistemas sociales e ideológicos desiguales. A lo largo de esta investigación se ha argumentado que en el área de salud sexual y reproductiva estos sistemas promueven que el control del parto de las mujeres quede en manos de los médicos y

⁸⁰ Nadia Rodríguez, “La mitad de las mujeres no son dueñas de sus cuerpos: ONU”, *Eje Central*, 14 de abril de 2021, <https://www.ejecentral.com.mx/la-mitad-de-las-mujeres-no-son-duenas-de-sus-cuerpos-onu/>.

⁸¹ Laako, “Underdogs, turf wars and revivals”, 30.

los hospitales, dejando de lado espacios que utilicen conocimientos originarios como la partería tradicional.

Una arista más de esta exclusión es que el sistema médico basa su labor en curar enfermedades. Visto de este modo, el parto no es entendido como un proceso natural de la vida de las mujeres, sino que es comprendido en términos de síntomas y condiciones anormales. “Frecuentemente, el personal de salud ve solamente problemas de salud durante el proceso del parto”, explica Lorena Rodríguez, enfermera obstetra y partera de Casa Ameyali.

Por el contrario, las parteras, muchas de ellas madres, entienden que el parto es similar a la menstruación en el sentido en que es un proceso normal y saludable de las mujeres. “Nuestro cuerpo sabe cómo parir, la naturaleza es perfecta, el embarazo es un estado fisiológico normal en el cual el cuerpo se adapta para dar vida y puede culminar en un parto natural porque somos mamíferos y tenemos esa capacidad. Muchos me dijeron valiente, pero dentro de mí sabía que habría necesitado más valor para parir en un hospital”.⁸²

Esta visión médica ha vuelto subalternas a la medicina alternativa y la tradicional, ya que la valoración de la partería se sigue haciendo en función de los marcos de conocimiento del sistema hospitalario actual. De acuerdo con Palomino Ruiz, “el trabajo afectivo es intrínseco a la partería en la medida en que esta encausa emociones y sentimientos, de la embarazada, así como de la familia y su comunidad, que esperan la integración de un nuevo miembro, generando un ambiente social, físico y espiritual propicio para el nacimiento”.⁸³

A pesar de que el lente de la medicina sea el estándar para analizar los cuerpos de las mujeres, existen espacios en los que coexisten estos modelos de una manera menos vertical, como es el Hospital Comunitario de Teocelo en Veracruz, en el que parteras y médicos comparten

⁸² Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras), “Parir es confiar en ti, en tu cuerpo y en tu bebé”, Facebook, 15 de abril de 2020, <https://web.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/575817939958193>.

⁸³ Rosa Pamela Palomino Ruiz, “Aproximaciones al trabajo afectivo de parteras Totonacas (Makuchina Makpaxina), Desde la descolonialidad del poder, en el marco de la ‘interculturalidad’ estatal”, *Utopía y Praxis Latinoamericana* 25, núm. 91 (2020): 185–202, <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27965041019/movil/index.html>.

conocimientos y experiencias con el objetivo de brindarle la mejor atención posible a las mujeres que atienden.

“Creo que hay que tener un poco de humildad desde el Estado y desde la ciencia médica hegemónica para vernos más como iguales y preocuparnos de una manera honesta por la salud de las mujeres del país” analiza la Dra. Sánchez.

La labor y la lucha de las parteras, ha resistido ante siglos, imperios, gobiernos y sociedades. A pesar de todo ellas continúan trabajando para devolverles las riendas del control de sus cuerpos a las mujeres, “Como la tierra que nunca para, la naturaleza y la sabiduría de las mujeres tampoco”.⁸⁴ Sin embargo, actualmente no son consideradas como activos legítimos y capaces de atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Al ser casi invisibles y operar en la ilegalidad, muchas mujeres no las ven como una opción segura para atenderse y la gran mayoría “eligen” la única opción que conocen para dar a luz: parir en un hospital. Vale la pena preguntarse si las mujeres pueden ejercer su derecho a decidir qué hacer con su cuerpo y cómo atenderse al solo existir una opción vista como legítima por el Estado. Si no hay opciones reales, ¿se puede decir que existe la libertad de tomar una decisión?

Una política pública que reconozca la labor de las parteras de nuestro país y mejore su coordinación con los servicios de salud aseguraría que el camino menos violento para parir se incluya de manera real en el abanico de opciones que tienen las futuras madres de México.

Asimismo, garantizaría una opción basada en evidencia para la mayoría de las mujeres con partos de bajo riesgo en nuestro país, aligeraría la saturación de hospitales de primer y segundo nivel, mejoraría la calidad de la atención sexual y reproductiva de México y les devolvería a las mujeres el protagonismo activo durante uno de los momentos más vulnerables de sus vidas.

⁸⁴ Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras), “Como la rotación de la tierra”, Facebook, 29 de marzo de 2021, <https://web.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/802489730624345>.

REFERENCIAS

- Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2021, Diario Oficial de la Federación [DOF] 06-06-1996, últimas reformas DOF 28-12-2020 (Mex.), https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609040&fecha=28/12/2020.
- Arellano, Liliana López, Georgina Sánchez Ramírez, y Héctor Mendoza Cárdenas. “Professional Midwives and Their Regulatory Framework in Mexico”. *Revistas Jurídicas UNAM*, Mexican Law Review 12, núm. 2 (2020): 119–37.
- Arteta, Itxaro. “Parir en los tiempos de COVID-19: parteras ofrecen alternativa a hospitales”. *Animal Político*, 30 de abril de 2020. <https://www.animalpolitico.com/2020/04/parteras-alternativas-hospitales-covid-19/>.
- Cabrera Acevedo, Gustavo. “El Estado Mexicano y las Políticas de Población”. Centre d’Estudis Demogràfics, 1992. https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/1990/184806/papersdemografia_a1990n47iSPA.pdf.
- Carrillo, Ana María. “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, núm. 19 (1999): 167–90.
- Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras). “3 parteras”. Facebook, 22 de octubre de 2019. <https://www.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/450727745800547>.
- Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras). “Como la rotación de la tierra”. Facebook, 29 de marzo de 2021. <https://web.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/802489730624345>.
- Casa Ameyali Parteras Pachuca (@casaameyaliparteras). “Parir es confiar en ti, en tu cuerpo y en tu bebé”. Facebook, 15 de abril de 2020. <https://web.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/575817939958193>.
- CONAMED. “Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica”. México: Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7590.pdf>.
- El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud, 2012. [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica\(3\).pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica(3).pdf).
- Espinosa-Miñoso, Yuderkys. “Una crítica decolonial a la epistemología feminista crítica”. *El Cotidiano*, núm. 184 (2014): 7–12.

- EstudiaCarreras.com. “Dónde estudiar licenciatura en enfermería y obstetricia”. Consultado el 30 de marzo de 2021. <https://estudia-carreras.com/carreras/donde-estudiar-licenciatura-en-enfermeria-y-obstetricia/>.
- Figueroa, Hector Lamadrid, Alejandra Montoya, Jimena Fritz, Eduardo Ortiz-Panozo, Dolores González-Hernández, Leticia Suárez López, y Rafael Lozano. “Hospitals by Day, Dispensaries by Night: Hourly Fluctuations of Maternal Mortality within Mexican Health Institutions, 2010–2014”. *PLoS ONE* 13, núm. 5 (mayo de 2018). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198275>.
- Freyermuth, Graciela, Marisol Vega, Aline Tinoco, y Gabriela Gil. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación y comunicación*. Ciudad de México: Comité Editorial del CIESAS, 2018.
- Freyermuth, Graciela. “La historia de la partería en México”. Entrevistada por Radio Uno XERA del Sistema Chiapaneco de Radio y Televisión, CIESAS, 4 junio, 2019, <https://www.youtube.com/watch?v=4g8C426u-Ak>.
- Fuentes, Juan Carlos. “Qué es la episiotomía y por qué se realiza?” *Yahoo!Noticias*, 3 de julio de 2020. <https://es-us.noticias.yahoo.com/episiotom%C3%ADa-realiza-120400900.html>.
- Gallegos, Aura Renata. “La partería tradicional: el otro sistema de salud desmantelado”. *Rompeviento*, 17 de abril de 2020. <https://www.rompeviento.tv/category/articulos-de-opinion-y-columnas/articulos-de-opinion/aura-renata-gallegos/>.
- Gamlin, Jennie, y Lina Berrio. “Critical Anthropologies of Maternal Health: Theorising from the Field with Mexican Indigenous Communities”. En *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*. UCL Press, 2020. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv13xprxf.9>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). “Entidades que penalizan la Violencia Obstétrica” (blog), 2018. <https://gire.org.mx/plataforma/entidades-que-penalizan-la-violencia-obstetrica/>.
- Holland, Brynn. “The ‘Father of Modern Gynecology’ Performed Shocking Experiments on Enslaved Women”, 29 de agosto de 2017. <https://www.history.com/news/the-father-of-modern-gynecology-performed-shocking-experiments-on-slaves>.
- INEGI y UNICEF. “Derecho a la identidad. La cobertura del registro en México”. Comunicado de prensa núm. 16/19. 22 de enero de 2019. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/identidad2019.pdf>.
- Informe anual de actividades del comité de ética y de prevención de conflictos de interés de la comisión nacional de arbitraje médico*. Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés (CEPCI), 2017. <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informe-anual-de-actividades-2017-cepci-conamed>.

- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. “COVID 19: Recomendaciones OMS para asegurar el contacto madre-bebé tras el parto y la lactancia materna”. *Lactancia materna, noticias* (blog), 15 de marzo de 2020. <https://saludmentalperinatal.es/2020/03/15/covid-19-recomendaciones-oms-para-asegurar-el-contacto-madre-bebe-y-la-lactancia-materna/>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. “IMSS-Bienestar trabaja con parteras rurales en beneficio de las mamás y sus bebés. No. 395/2019”. *Boletín IMSS-Bienestar*, núm. 395 (septiembre de 2019). <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/395>.
- . “IMSS-Oportunidades, Capítulo VIII”. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf.
- . “Libro Blanco Programa IMSS-Prospera 2013-2018”. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-LB-4-IMSS-PROSPERA.pdf>.
- . “Viene la mejor época de IMSS-Bienestar, con 243 acciones a favor de hospitales y unidades médicas rurales” Comunicado de prensa No. 510. 22 de noviembre de 2019. <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-510-viene-la-mejor-epoca-de-imss-bienestar-con-243-acciones-a-favor-de-hospitales-y-unidades-medicas-rurales-zoe-robledo>.
- Instituto Nacional de las Mujeres. “Violencia en la atención obstétrica”. *Boletín Estadístico 5*, núm. 4 (abril de 2019): 2.
- International Confederation of Midwives. “Definición Internacional de Matrona de la ICM”. ICM, 2005. https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/8.1-definition-of-the-midwife_es.pdf.
- Jarman, Janet. “Dar a luz en México bajo la sombra del covid”. *The New York Times*, 23 de diciembre de 2020. <https://www.nytimes.com/es/2020/12/23/espanol/ciencia-y-tecnologia/nacimiento-covid-mexico.html>.
- L. King, Tekoa, Mary C. Brucker, Kathryn Osborne, y Cecilia M. Jevitt. *Varney’s Midwifery*. 6a ed. Burlington, Massachussets: Jones & Bartlett, 2019.
- Laako, Hanna, y Georgina Sánchez. *Midwives in Mexico: Situated Politics, Politically Situated*. Editado por Robbie Davis Floyd. 1a ed. Social Science Perspectives on Childbirth and Reproduction. Londres: Routledge, 2021. <https://doi.org/10.4324/9781003034988>.
- Lugones, María. “Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples”. En *Politizar la diferencia étnica y de clase: feminismo de color*. Conexión Fondo de Emancipaciones (Serie Foros 2). La Paz, Bolivia, 2012. <http://rcci.net/globalizacion/2013/fg1576.htm>.
- Medina, Beatriz (@casaameyaliparteras). “Mi nombre es Beatriz”. Facebook, 5 de marzo de 2020. <https://www.facebook.com/casaameyaliparteras/posts/548895649317089>.

- Norma Oficial Mexicana, NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, Diario Oficial de la Federación [DOF] 30-11-2012 (Mex.), http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012.
- 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 [DOF] 07-04-2016 (Mex.), https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
- “Oficio No. CONAMED/UDT/076/2021”. CONAMED, Unidad de Transparencia, el 22 de marzo de 2021.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” (documento núm. WHO/RHR/15.02). *Salud Sexual y Reproductiva* (blog), abril de 2015. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.
- . “Tendencias de los partos por cesárea de 2008 a 2017, México”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 97, núm. 7 (julio de 2019): 441–512.
- Organización Panamericana de la Salud. “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”. *Institutional Repository for Information Sharing*, Publicaciones Generales, núm. 8 (2019): 5.
- Palomino Ruiz, Rosa Pamela. “Aproximaciones al trabajo afectivo de parteras Totonacas (Makuchina Makpaxina), Desde la descolonialidad del poder, en el marco de la ‘interculturalidad’ estatal”. *Utopía y Praxis Latinoamericana* 25, núm. 91 (2020): 185–202.
- Rodríguez, Nadia. “La mitad de las mujeres no son dueñas de sus cuerpos: ONU”. *Eje Central*, 14 de abril de 2021. <https://www.ejecentral.com.mx/la-mitad-de-las-mujeres-no-son-duenas-de-sus-cuerpos-onu/>.
- Rodríguez Salgado, Marlenne. “Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria”. *Boletín CONAMED-OPS: Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente*, (noviembre-diciembre 2016). http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/incidencia_intervencion.pdf.
- Ruiz, Patricia, coord. *40 Años del Consejo Nacional de Población*. México: CONAPO, diciembre de 2014. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2538/2/images/40_Ani_ersario_CONAPO.pdf.
- Secretaría de Salud. “Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional”. Consultado el 10 de enero de 2021.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

- . *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida*. México, Gobierno de México y Secretaría de Salud, 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_preencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1_.pdf.
- Tagle, Martha. “Iniciativa que adiciona el artículo 64 de la Ley General de Salud, a cargo de la diputada Martha Angélica Tagle Martínez, del grupo parlamentario de Movimiento Ciudadano”. Iniciativa de Ley, Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación, 2019. http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/12/asun_3983702_20191212_1576180705.pdf.
- The State of the World's Midwifery 2021*. Nueva York, EUA: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 5 de mayo de 2021. <https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021>.
- UNAM. “Enfermería y Obstetricia”. *Oferta académica* (blog). Consultado el 27 de febrero de 2021. <http://oferta.unam.mx/enfermeria-y-obstetricia.html>.
- World Health Organization. “Midwives Voices, Midwives Realities. Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care.” En *WHO Institutional Repository*. Switzerland: WHO, 2016. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/midwives-voices-realities/en/.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Parteras Profesionales, UNFPA, Comité Promotor por una Maternidad Segura, y Casas Partería México. Tarjeta resumen iniciativa atención al embarazo 230321, Pub. L. No. 230321 (2021).
- Ehrenreich, Bárbara, y Deirdre English. *Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras*. Edición Española, Editorial La Sal, Barcelona. Brooklyn, Nueva York, Estados Unidos de América: The Feminist Press, 1973.
- Faget, María, y Ariadna Capasso. “Partería en México”. Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México. Fundación MacArthur, 2017.
- Gómez Vinales, Carolina. “Tendencia de la Razón de Muerte Materna en el estado de Veracruz: 2000-2014. La intervención de IMSS-PROSPERA”. Maestría en Salud Pública Virtual, Instituto Nacional de Salud Pública, 2016.
- González, José Alejandro Almaguer, Hernán José García Ramírez, y Vicente Vargas Vite. *Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio*. México: Secretaría de Salud, 2012. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>.
- Google. “Google Trends”. Google Trends. Consultado el 4 de mayo de 2021. <https://trends.google.com/trends/explore?geo=MX&q=parteras>.
- INEGI. “Características de los nacimientos registrados en México durante 2019”. Comunicado de prensa núm. 429/20. 22 de septiembre de 2020. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/NamtosRegistrados2019.docx>.
- INEGI. “ENADID 2018”. Comunicado de prensa núm. 244/19. 8 de mayo de 2019. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/ENADID2018.pdf>.
- “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado, intercultural y seguro”. Secretaría de Salud, 2018. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>.
- “Muerte materna aumenta 91.3%”. *El Sol de México*, 29 de abril de 2021. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/muerte-materna-aumenta-91.3-pandemia-coronavirus-covid-19-6655568.html>.
- Murrieta, Alicia. “La violencia obstétrica de las cesáreas innecesarias”. *Animal Político*, 19 de enero de 2019, sec. Plumaje. <https://www.google.com/url?q=https://www.animalpolitico.com/diversidades-fluidas/la-violencia-obstetrica-de-las-cesareas-innecesarias-en->

[mexico/&sa=D&source=editors&ust=1620188334274000&usg=AOvVaw0K-ApMcdDtMxfLTO3T2uXd.](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1)

Nove, Andrea, Ingrid Friberg, Luc Bernis, Frances McConville, Allisyn Moran, Maria Najjemba, Petra Hoop-Bender, Sally Tracy y Caroline Homer. “Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study”. *The Lancet Global Health* 9, núm. 1 (1 de diciembre de 2020): E24–31. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1).

Nuevas Aristas en el estudio de la paternidad: ausencia, presencia y salud paternas en diferentes grupos de varones. 500 vols. Ciudad de México: Dirección de Publicaciones de El Colegio de México, 2020.

Organización Mundial de la Salud (OMS). “Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infection (SARI) When COVID-19 Disease Is Suspected”. Organización Mundial de la Salud, el 13 de marzo de 2020. <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2020/03/clinical-management-of-novel-cov-1.pdf>.

Ortega Fernández, Gabriela. “La contribución de la partería para mejorar la atención durante los eventos obstétricos”. *Boletín CONAMED - OPS*. Apuntes en calidad, 2018. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin19/contribucion_parteria.pdf.

Ramírez, Georgina Sánchez, y Juan Carlos Velasco Santos. “Papás urbanos en el parto en casa: La comparación de experiencias entre padres de más de 80 y menos de 40 años”. En *Nuevas Aristas en el estudio de la paternidad: ausencia, presencia y salud paternas en diferentes grupos de varones.*, 341–68. Ciudad de México: Dirección de Publicaciones de El Colegio de México, 2020.

Secretaría de Salud. “Razón de mortalidad materna 1990-2018”. *Sistema de Información de la Secretaría de Salud* (blog). Consultado el 10 de enero de 2021. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Abán, Rosalina (Residente de Tezochuca, Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 1 de abril de 2021.

Borboleta, Hannah (Partera tradicional y directora clínica de Luna Maya CDMX), entrevistada por Ami Sosa, 20 de septiembre de 2020.

Burtakher, Amelia (Clienta de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 20 de abril de 2021.

Castro, Nadia (Encargada de darle asistencia a mujeres en la Jurisdicción Sanitaria de Pachuca de Soto), entrevistada por Ami Sosa, 20 de noviembre de 2020.

Cisneros, Kay (Partera de Luna Maya CDMX y vocera de la Red Nacional de Parteras Autónomas), entrevistada por Ami Sosa, 10 de febrero de 2021.

Cruz, Marianella (Clienta de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 30 de marzo de 2021.

Estrada, María José (Clienta de Doña Rita, partera tradicional de Pachuca, Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 20 de noviembre de 2020.

F, Catalina (Clienta del hospital particular Médica Charbel) entrevistada por Ami Sosa, 30 de abril de 2021.

Hernández, María (Partera tradicional y fundadora de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 20 de enero de 2021.

Herrerías, Edgar (Jefe del departamento de Salud Reproductiva del programa IMSS Bienestar), entrevistado por Ami Sosa, 9 de diciembre de 2019.

Medina, Beatriz (Partera tradicional y colaboradora de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 21 de enero de 2021.

Rodríguez, Lorena (Licenciada en enfermería y obstetricia (LEO) y colaboradora de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 10 de marzo de 2020.

Rosique, Pilar (Partera tradicional de Xalapa, Veracruz), entrevistada por Ami Sosa, 27 de noviembre de 2019.

Salas, Estefanía (Clienta de Casa Ameyali), entrevistada por Ami Sosa, 4 de marzo de 2021.

Sámano, Araceli (Coordinadora estatal de parteras del estado de Hidalgo), entrevistada por Ami Sosa, 29 de marzo de 2021.

Sánchez Ramírez, Georgina (Profesora e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)), entrevistada por Ami Sosa, 19 de marzo de 2020.

Sierra, María (Abogada, profesora e investigadora del Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE)), entrevistada por Ami Sosa, 23 de abril de 2021.