



ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL VINCULADO A LA **PARTERÍA TRADICIONAL** EN MÉXICO

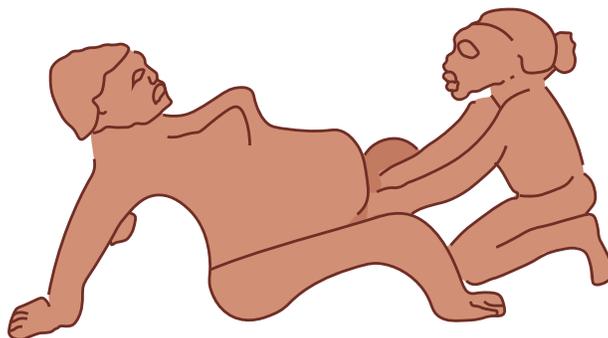


Grupo de Trabajo Independiente sobre Partería Tradicional en México

Amparo Sevilla, María Cristina Galante,
Rafael Alarcón y Aura Renata Gallegos

ÍNDICE

1. Preámbulo.....	4
2. Antecedentes.....	8
3. Violación a los derechos de libre autodeterminación, autonomía y culturales de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables.....	12
4. Violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las parteras tradicionales.....	27
5. Violación de los derechos a la identidad y la nacionalidad: el certificado de nacimiento.....	31
6. Propuestas.....	34
7. Anexo. Lista referencial del marco legal vinculado a la práctica de la partería tradicional.....	37
8. Bibliografía citada.....	58





1. PREÁMBULO



1. Preámbulo

El Grupo de Trabajo Independiente sobre Partería Tradicional en México se conformó para investigar los múltiples mecanismos que han tenido como resultado el desplazamiento y la posible desaparición de la partería tradicional en México. Nuestro propósito es contribuir a la formulación de alternativas de solución de esa problemática, la cual se ha agudizado en los últimos tiempos y puede derivar en un etnocidio.¹

En este documento se vierte el resultado de un análisis de carácter colectivo en el que, mediante el diálogo de saberes, se integra la experiencia práctica de dos parteras (María Cristina Galante Di Pace y Aura Renata Gallegos Vargas), un médico cirujano-partero (Rafael Alarcón Lavin) y una antropóloga social (Amparo Sevilla Villalobos). La confluencia de diversas experiencias y trayectorias nos permitió efectuar una revisión crítica y cuidadosa del marco legal que incide en las políticas públicas sobre una práctica cultural de origen ancestral, que de manera deliberada se pretende exterminar.²

1 El término etnocidio significa la destrucción de la cultura de un pueblo, de una comunidad o de un grupo étnico.

2 Agradecemos a la Mtra. Xóchitl Zolueta y a la Dra. Elia Avendaño, abogadas y especialistas en derechos indígenas, la revisión de este texto y el amable diálogo en el que nos ofrecieron observaciones que luego se incorporaron en el texto.



Son múltiples los factores que han llevado a la notable disminución de la partería tradicional en nuestro país; entre éstos figuran la mercantilización de la salud impulsada por la poderosa industria farmacéutica, la imposición de un modelo hegemónico de atención al parto, la discriminación y el racismo. Dichos factores se plasman en la serie de disposiciones legales que son objeto de este análisis.

El texto que se encuentra en sus manos tiene varios propósitos:

1. Divulgar entre la sociedad general una información sistematizada y analizada del amplio abanico de disposiciones legales que inciden en la práctica de la partería tradicional en México.
2. Develar las violaciones a varios derechos consignados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en tratados internacionales y en leyes generales.
3. Plantear propuestas que coadyuden a resolver los graves problemas que enfrentan las parteras tradicionales para preservar sus conocimientos y las mujeres para ejercer su derecho a decidir sobre su cuerpo.

Consideramos que la lectura de este texto puede servir como base documental para varias actividades, por ejemplo, la realización de talleres con organizaciones de parteras. También puede ser útil para legisladores que tengan la voluntad de reformar aquello que resulta violatorio de los derechos adquiridos, así como a los funcionarios que tienen la facultad de reorientar la política pública vinculada con la preservación de la medicina tradicional de nuestro país.

Con esa finalidad, la primera versión de este ensayo se presentó como documento base para la realización de la Mesa de Trabajo Interinstitucional celebrada el 5 de mayo de 2021, en conmemoración del “Día Internacional de la Partera”. Los participantes de ese evento fueron las titulares de la Cuarta Visitaduría de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Cultura, el titular de la Dirección General de Culturas Populares, Urbanas e Indígenas, además de representantes de la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, instituciones que fueron convocadas por el Instituto Nacional de Antropología e Historia y el Grupo de Trabajo Independiente sobre Partería Tradicional en México.



Meses después, este ensayo sirvió como sustento para la elaboración del segundo documento de nuestro Grupo de Trabajo, el cual se convirtió en un instrumento fundamental para el diálogo directo con la Dra. Olga Sánchez Cordero, presidente de la Cámara de Senadores. Dicho documento se denominó “Análisis calificado del dictamen de la comisión de salud sobre diversas iniciativas con proyecto de decreto por las que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de medicina tradicional y complementaria”. Este proyecto de reforma fue elaborado y aprobado por la Cámara de Diputados y desechado por la Cámara de Senadores el 24 de noviembre del 2021.

Consideramos que la decisión tomada en el Senado se debió al intenso trabajo realizado por las organizaciones de médicos y parteras tradicionales que decidimos incidir en un proceso legislativo que pretendía vulnerar gravemente la práctica de la medicina tradicional indígena. Los elementos básicos que fundamentaron nuestra solicitud de rechazar la minuta en cuestión fueron la inconstitucionalidad de las reformas planteadas y las irregularidades del proceso legislativo observado en la Cámara de Diputados. Ambos aspectos se argumentaron con claridad y de modo amplio en el análisis calificado sobre el contenido del proyecto de decreto mencionado.

Por último, reiteramos que la partería tradicional es un patrimonio en riesgo de extinción y, por lo tanto, resulta urgente la revisión del marco legal vigente y la creación de una agenda de acciones institucionales encaminadas a evitar su desaparición.



2. ANTECEDENTES



2. Antecedentes

La partería tradicional ha sido fundamental para la reproducción física y cultural de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables de nuestro país. En esta práctica, de origen ancestral, se han conservado conocimientos y saberes que constituyen sistemas integrales de atención al embarazo, parto y posparto. Estos sistemas corresponden a cosmovisiones sobre el equilibrio vida/muerte, salud/enfermedad/atención, vinculadas al patrimonio biocultural. Es por ello que la partería forma parte de su identidad e integra:

1. Conocimientos sobre el efecto terapéutico de plantas y otros recursos naturales.
2. Saberes y técnicas corporales.
3. Actos rituales.

A pesar de la gran relevancia terapéutica, cultural, social y económica que posee la partería tradicional, su práctica ha disminuido a tal grado que resulta probable su desaparición, ya que los nacimientos atendidos por parteras tradicionales descendieron de 30.51% a 3.57% en tres décadas³. Una de las causas determinantes de esta disminución es el marco legal relacionado con la salud reproductiva, dado que éste contiene disposiciones que violan lo establecido en tratados internacionales y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. A partir de esos lineamientos se han operado políticas públicas sin pertinencia cultural que infringen derechos adquiridos.

Es importante considerar que, desde los inicios de la época colonial hasta nuestros días, se han operado diversas formas de control y regulación de la partería. Faustino Hernández Pérez,⁴ en un texto inédito en el que incorpora distintas fuentes bibliográficas sobre el tema,⁵ señala que durante varios siglos fue la iglesia católica la que, a través de sus órdenes eclesiásticas, castigaba y

3 Aura Renata Gallegos Vargas (2019). *Formar parteras desde la tradición: estrategia para la continuidad de la partería en Oaxaca y México. Experiencias del Centro de Iniciación a la Partería en la Tradición de Nueve Lunas*, Tesis de Maestría en Educación para la Interculturalidad y la Sustentabilidad, Universidad Veracruzana.

4 Investigador Titular de la Dirección de Etnología y Antropología Social-INAH.

5 Francisco del Paso y Troncoso (1953). *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentílicas de las razas aborígenes de México, Tomo I*, México, Fuente Cultural de la Librería Navarro; Claudia Agostoni (2001). "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato", en Gabriel Cano y Georgette José Valenzuela (coord.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, Miguel Ángel Porrúa-UNAM, pp. 71-95.



vilipendiaba las prácticas de las mujeres que atendían los partos. A mediados del siglo XVIII se publicó un reglamento impuesto por la Corona española como respuesta a las quejas de los médicos que consideraban perjudiciales las prácticas de las parteras debido al empleo de “plantas oxitócicas” y el uso del baño de temazcal.

Durante el siglo XIX, como ha documentado Ana María Carrillo, se observó un importante movimiento del gremio médico para que fuera éste el que regulara las prácticas médicas y se conformó un bloque que criticaba con aspereza la práctica de las parteras tradicionales, a las que llamaba despectivamente rinconeras.⁶

Ya en el siglo XX, en la década de los setentas, cuando el gobierno de Luis Echeverría acató las políticas internacionales sobre el control de la población y la reducción de la natalidad, el Estado utilizó a las parteras para introducir dichas políticas en los territorios donde las instituciones públicas de salud no tenían acceso.

En 1976 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* un “Reglamento de Parteros Empíricos Capacitados” en el que se estableció que los parteros debían capacitarse antes de ser autorizados como auxiliares de obstetricia, además de que imponía obligaciones para los parteros y los hacía voluntarios (escrito en masculino según los usos de la época). A este documento lo sustituyeron otros dos, uno publicado en 1986 y otro aprobado en 2005, en los que se ratifica la política de capacitación para convertir a las personas con “conocimientos en la materia” (ya no se utiliza la palabra partera) en “personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica” en obstetricia y planificación familiar.

En el siglo XXI a dicha reglamentación se sumaron otros dos importantes mecanismos de coacción sobre las mujeres:

1. Se estableció la condición de que, para mantenerse como beneficiarias de los programas sociales (*Oportunidades* después llamado *Prospera*),

6 Ana María Carrillo (1999). “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas de México” en *DYNAMIS. Acta Hist. Med. Sci. Hist. Ilus.* España: Núm. 19. Puede consultarse también a Ana María Carrillo (1998), “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”, en *ASCLEPIO, Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.* España, vol. 50, núm. 2. Un análisis histórico sobre las diversas formas de control y regulación de la partería, previas al siglo XX, se encuentra en Marcela Dávalos (1996), “El ocaso de las parteras” en *Cuicuilco*, vol. 2, núm. 6.



debían acudir a las clínicas y hospitales para atender su embarazo, parto y posparto. Dichos programas dejaron de operar a partir del 2019.

2. Las mujeres que culminan sus partos con el acompañamiento de parteras se ven obligadas a interrumpir el periodo de la cuarentena para obtener en algún centro oficial de salud el certificado de nacimiento, ya que sin este documento no adquieren el acta de nacimiento de su hija o hijo recién nacido. Esto se debe a la anulación de las constancias o avisos de nacimiento que proporcionaban las parteras para ese fin.

Lo anterior describe, a grandes rasgos, los mecanismos de presión para que las mujeres dejen de acudir al servicio que otorgan las parteras tradicionales (indígenas y no indígenas). Éstos, aunados a varias disposiciones legales, han puesto en riesgo la continuidad de una sabiduría ancestral que es patrimonio de los pueblos y las comunidades indígenas, afromexicanos y equiparables de nuestro país.



**3. VIOLACIÓN A LOS
DERECHOS DE LIBRE
AUTODETERMINACIÓN,
AUTONOMÍA Y CULTURALES
DE LOS PUEBLOS Y
COMUNIDADES INDÍGENAS,
AFROMEXICANOS
Y EQUIPARABLES**



3. Violación a los derechos de libre autodeterminación, autonomía y culturales de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables

Al inicio del presente siglo la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó un elevado número de muertes maternas a nivel mundial⁷ mientras que, paulatinamente paulatinamente en México se han elevado de forma notable las denuncias de violencia obstétrica en la atención hospitalaria.⁸ Ante el primer problema se han tomado medidas que buscan fortalecer y mejorar el Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, y de manera paradójica, varias de esas medidas violan derechos de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables, así como los derechos humanos de las parteras tradicionales, de las mujeres que buscan su acompañamiento y de la infancia. Esos derechos están establecidos en:

- ◆ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art.1, 2 y 4).
- ◆ El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes (art. 2, 5, 7 y 25).
- ◆ La Ley General de Salud (art. 6, fracción IV bis).
- ◆ La Ley General de Cultura y Derechos Culturales (art. 3, 5, 7, 9, 11 y 15).
- ◆ La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (art. 2, incisos b y d; art. 11, inciso c; art. 14, numerales 1 y 2, inciso d).
- ◆ La Convención Belem do Pará (art. 4, incisos b; art. 7, inciso e; art. 9).

7 Entre los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2000-2015) se planteó “mejorar la salud materna”. En la Agenda para el Desarrollo Sostenible (2015-2030), la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó, entre varias metas, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

8 La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido varias recomendaciones al respecto. La más reciente es la Recomendación General No. 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.



La regulación que viola dichos artículos⁹ tiene como fundamento *dos preceptos* que se presuponen indiscutibles y evidentes, pero que corresponden a una línea de pensamiento hegemónico que niega la diversidad cultural y, por lo tanto, se opone a la existencia de conocimientos y saberes ancestrales de las parteras tradicionales. Dichos preceptos son: la “indispensable” capacitación biomédica de las parteras tradicionales y el “necesario” control y aprovechamiento de la medicina tradicional por el Sistema Nacional de Salud.

a. La “indispensable” capacitación biomédica de las parteras tradicionales

Este precepto presupone que una de las causas del elevado número de muertes maternas es el desempeño inadecuado de las parteras tradicionales, lo cual no se ha demostrado en investigaciones clínico-epidemiológicas representativas y adecuadas a las regiones indígenas y campesinas de México. Dicha suposición niega que la partería ha constituido por siglos un pilar sustantivo para la sobrevivencia demográfica y biocultural de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables.

La concreción del precepto anterior se plasma en dos artículos de la Ley General de Salud, que establecen lo siguiente:

Año	Artículo
2009	Artículo 64 En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: Fracción IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.
2013	Artículo 6 El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: Fracción VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección

Otorgar la facultad de “modificar patrones culturales” al Sistema Nacional de Salud es una pretensión que constituye una tentativa de *etnocidio*. Tal disposición viola el derecho que tienen los pueblos y comunidades indígenas,

⁹ En el anexo que se encuentra al final de este documento se transcriben todos los artículos que comprenden el marco legal vinculado a la práctica de la partería tradicional.



afromexicanos y equiparables de preservar los conocimientos y elementos que constituyen su cultura e identidad, establecido en el art. 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. También resulta violatoria de los artículos 3, 5, 7, 9, 11 y 15 de la Ley General de Cultura.¹⁰

La capacitación de las parteras tradicionales también ha resultado violatoria de los derechos ya citados, tal y como se puede observar en la secuencia de mecanismos regulatorios que a continuación se exponen.

La fracción IV del artículo 64 de la Ley General de Salud transcrita en el cuadro anterior dio lugar a la elaboración de la NOM-007-SSA2-2016,¹¹ que en el inciso 5.1.11, mandata lo siguiente:

- “Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio”.
- “Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”.

Si a los puntos anteriores se agrega lo señalado en el inciso 3.30 de la misma norma, que indica que “La partera será considerada como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica por parte del sector salud, siempre y cuando esté capacitada”, resulta lo siguiente:

1. Se excluye a las parteras tradicionales de la atención de los partos de bajo riesgo.
2. Las instituciones de salud no reconocen a las parteras tradicionales, sino al “personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica”, esto es, a las parteras capacitadas a quienes no se les concede la denominación de parteras.

La capacitación, que pareciera ser una acción gubernamental para disminuir la muerte materna, terminó por ser una obligación y no una opción para las parteras, lo cual impide que puedan seguir ejerciendo sus conocimientos debido a que éstos se consideran inadecuados por el personal médico que imparte la capacitación.

¹⁰ La transcripción de estos artículos de la Ley General de Cultura se encuentra en el anexo.

¹¹ “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”.



El lugar histórico de la partería tradicional ha sido el acompañamiento en el ámbito doméstico y nunca en un establecimiento de salud que tendría que estar, como la misma norma lo establece, preparado las 24 horas para atender las situaciones de urgencia obstétrica. Al incluir a las parteras tradicionales en la norma citada, las vuelve sujetos de capacitación que se rige bajo el enfoque biomédico y de riesgo. Las parteras que aprueban la capacitación -se presupone- se incorporan al personal de salud (no profesional) y se subordinan por consiguiente a todos los procedimientos y protocolos establecidos, que carecen de un enfoque respetuoso de los derechos culturales.

La política pública del sector salud antes del 2019, plasmada en los programas sociales y en las guías de prácticas clínicas aplicadas por el personal de salud operativo, diseminó la creencia de que la partería tradicional elevaba los riesgos en el parto y que, en consecuencia, era necesario referir a todas las mujeres embarazadas a las clínicas y hospitales para su atención.¹² Un ejemplo es el Libro Blanco del IMSS-*Oportunidades* de 2012 que indica:

La continuidad de la vigilancia de la embarazada se da a través de la atención del parto por personal capacitado, por lo que se ha fomentado que éste se realice de manera institucional en las unidades médicas y hospitales rurales, reduciendo con ello el riesgo y posibilitando la atención en caso de complicaciones. Esto se logra a través de un proceso de información y consejería en las consultas prenatales, donde el personal de salud sensibiliza a las embarazadas sobre la importancia de que la atención del evento obstétrico se realice dentro de la institución, por lo que al final de la gestación son referidas a un hospital.¹³

Debe recordarse que el programa *Oportunidades* (luego *Prospera*) operaba en las zonas indígenas y rurales, por lo que quienes fueron mayormente presionadas y vieron violados sus derechos fueron las mujeres indígenas, rurales y afroamericanas. En múltiples ocasiones (documentadas por investigaciones en campo), la presión del personal de salud para que todos los partos se realizaran en instituciones de salud y los atendiera personal “profesional” derivó en acoso, prohibición y amenazas hacia las parteras tradicionales; ejemplos son las amenazas con 30 años de cárcel en caso de que las parteras

12 La mercantilización de la salud promovida por la poderosa industria farmacéutica ha sido un factor determinante para imponer la exclusividad de la atención de partos en clínicas y hospitales. En éstos se observa un alto consumo de medicamentos de patente.

13 Instituto Mexicano del Seguro Social, Programa IMSS-Oportunidades, Libro Blanco 2007 – 2012. México, IMSS. *Oportunidades.pdf*



atiendan un parto, prohibición para llevar a cabo maniobras de acomodación fetal, uso de plantas medicinales o realización de limpiezas, con imposición de prácticas como el uso de estetoscopio, inyecciones, etc.¹⁴

Las mujeres que eligen atenderse con las parteras también reciben acosos y represalias, tal y como se puede ilustrar con el testimonio otorgado por una señora que habita en la Sierra Media del Totonacapan:

Yo me atendí con la partera porque se me adelantó el parto, bueno eso dije en la clínica porque yo no quería irme al hospital. [...] Por eso yo ya había avisado a mi partera doña Luz. Ella no quería porque tenía miedo a lo que le fueran a decir en la clínica. [...]

Mi niño nació bien, no tuve problemas para aliviarme. Los problemas los tuve cuando la doctora me mandó a llamar con los policías porque me había atendido con partera. Yo fui, pero cuando llegué me regañó. Y pues también fui porque mi bebé necesitaba que le hicieran los estudios. La doctora, muy grosera, me dijo que no se los haría, y que tenía que ir a Papantla. Yo le dije que no tenía dinero. [...] Me encerró todo el día en la clínica, ya hasta que llegó mi esposo me dejaron salir. [...] Pues ahora mi problema es que no tengo certificado de nacimiento de mi niño. Esos son los problemas que muchas mujeres tenemos por querer tomar una decisión de nuestro parto.¹⁵

El conjunto de las acciones señaladas con anterioridad ha tenido como resultado *la proscripción de la práctica de la partería tradicional en México*. Al restringir y condicionar dicha práctica, además de mandar que la atención médica a las mujeres durante el embarazo y parto debe realizarse en las clínicas y los hospitales, sin contar con los recursos materiales y humanos para garantizar la cobertura de dicho servicio, el Estado Mexicano no sólo *fomenta* el etnocidio, sino que también *propicia* la muerte materna de aquellas mujeres que no son recibidas en las clínicas y los hospitales.

Tanto la Ley General de Salud como la NOM-007-SSA2-2016 contienen lineamientos que se contraponen en su propio aparato regulatorio, dado que el

14 Entrevistas realizadas por Irene Adelaida Nieto Valente a parteras tradicionales que pueden consultarse en: "Procesos de gestión en torno al reconocimiento y práctica de la partería tradicional en la región de las Grandes Montañas, Veracruz", Tesis para obtener el grado de Licenciada en Gestión Intercultural para el Desarrollo, Universidad Veracruzana Intercultural, Sede Grandes Montañas, 2018.

15 Testimonio anónimo, octubre de 2017, comunidad de Francisco Villa, Municipio Filomeno Mata, región totonaca, Veracruz, en Angelina García Licona y María Rosario López Tirzo, "Desplazamiento de la práctica tradicional en la makgchakgana (partería) en comunidades wanti xalakatuwanin de Mecatlán y Filomeno Mata, Veracruz", Tesis para obtener el título de Licenciada en Gestión Intercultural para el Desarrollo, Universidad Veracruzana Intercultural, Sede Totonacapan, junio 2018.



art. 6, fracción IV Bis de la ley indica que el Sistema Nacional de Salud tiene, entre sus objetivos: “Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social”. En el mismo sentido, en las disposiciones generales la norma citada se indica lo siguiente: “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura”. La cuestión es que ambos lineamientos se niegan con la capacitación y la pretensión de modificar patrones culturales vinculados con la salud por parte del Sistema Nacional de Salud, ya que el respeto a su cultura supone el respeto a los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales y a la decisión de las mujeres de atenderse con ellas, lo cual se obstaculiza mediante la anulación de las constancias de nacimiento emitidas por parteras tradicionales, punto que se tratará con posterioridad. Se debe subrayar el hecho de que obstruir o impedir a las mujeres el acceso al acompañamiento y atención de una partera de su elección es una forma evidente de violencia obstétrica, entre otras violaciones de los derechos humanos.

Es necesario reiterar que la capacitación referida no sólo consiste en detectar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, sino en adoptar y asumir el modelo de atención de la medicina obstétrica. En el Capítulo V del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se indica que la capacitación no se reconoce sin la certificación y, para que ésta se otorgue, deben cumplirse requisitos que resultan *discriminatorios*, en virtud de que los cursos se imparten en español y es necesario saber leer y escribir, lo cual es violatorio del art. 1º. de la Carta Magna. Lo anterior ha sido un mecanismo eficaz para desplazar a las parteras no hablantes de español, analfabetas y de edad avanzada, lo que implica una discriminación institucional que se opone al mandato de la igualdad sustantiva.

Esa certificación sólo dura dos años y su renovación exige obtener más capacitación. Además de lo anterior, cabe advertir que para el personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (las parteras capacitadas) existen varias sanciones.¹⁶ La reglamentación para que

16 Llama la atención que en la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia no exista un apartado sobre violencia obstétrica, así como que en las iniciativas de ley que pretenden erradicar la violencia obstétrica en la Ley General de Salud no se incorporen sanciones al personal médico (al igual que existen para el personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica), bajo el argumento de que ello ha resultado inoperante en otros países.



las parteras tradicionales se conviertan en “personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica” ha tenido como resultado la deserción de múltiples parteras, capacitadas o no, del ejercicio de su labor.

En una iniciativa de ley presentada por los senadores del PRI, el PAN y el PRD el 22 de abril de 2010, y retomada en diciembre del 2012 por la Comisión de Salud de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados, se afirma que existe un reconocimiento legal a las parteras tradicionales debido a que la Ley General de Salud establece como obligada acción de gobierno su capacitación.¹⁷ Dicha afirmación encubre el hecho de que, como se advierte en párrafos anteriores, con esa reglamentación el sector salud *proscribe el ejercicio de las parteras tradicionales no capacitadas en sus propias comunidades*.

Quienes insisten en fortalecer la capacitación de las parteras tradicionales no advierten los siguientes problemas:

1. La capacitación biomédica de las parteras tradicionales *modifica*, y al final *desplaza*, los saberes ancestrales que éstas poseen y, por lo tanto, constituye una violación al derecho de preservar su cultura.
2. La capacitación biomédica, al margen de que el docente sea una partera capacitada, una enfermera o un ginecólogo, propicia la *desaparición* de los conocimientos, saberes y prácticas de las parteras tradicionales, y refuerza la asimetría existente entre ambos modelos de atención.
3. La certificación de las parteras da lugar a que sean cada vez más dependientes del Sistema Nacional de Salud, de los materiales que les proporciona, de su autorización para trabajar, del apoyo económico y de los conocimientos biomédicos, lo cual opera en *detrimento de su autonomía*.
4. La certificación *agudiza* el proceso de desplazamiento de las parteras tradicionales no capacitadas.

¹⁷ Para la elaboración de este texto se analizaron, entre otros documentos, 17 iniciativas de ley presentadas en los últimos 10 años (dos de éstas ya aprobadas) tendientes a generar política pública en relación con las parteras, la salud materna y la medicina tradicional. Cinco de las iniciativas citadas plantean reforzar la capacitación a las parteras tradicionales.



La transformación de parteras tradicionales en parteras certificadas se relaciona con la idea de mejorar el modelo de atención a las mujeres embarazadas, al incorporar a las parteras profesionales y parteras certificadas a las clínicas de salud y los hospitales. Tal incorporación se presenta como una alternativa para reducir o abatir un hecho que se presenta dramáticamente incontenible: la violencia obstétrica.¹⁸ No obstante, la implantación de dicho modelo supone los siguientes problemas:

1. Se considera que el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud significa, *exclusivamente*, la atención en clínicas y hospitales del embarazo y el parto.
2. La atención hospitalaria del embarazo, parto y posparto es un derecho que se presenta como una obligación.
3. Dicha imposición niega los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanos y equiparables de ejercer sus prácticas médicas paralelamente a las biomédicas.
4. Con el pretexto de una supuesta “necesidad médica”, no se respeta la autonomía reproductiva y la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos.
5. Se vincula y confunde la partería tradicional con la atención humanizada del parto, pero tal vinculación resulta ser una forma de desdibujar la esencia y profundidad de la partería tradicional.

Es importante advertir que en la NOM-007-SSA2-2016 se consigna un lineamiento que integra el concepto de “pertinencia cultural” para la atención hospitalaria del parto. Sin embargo, dicha “pertinencia cultural” se reduce a la opción de tener un parto vertical, pero condicionada a una capacitación que no se otorga al personal médico certificado. Tal lineamiento indica que: “La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio”.

¹⁸ El poder político adquirido por el sector médico desde hace varias décadas ha evitado una regulación que sancione la violencia obstétrica. En el mismo sentido, algunas investigaciones de campo han demostrado la constante violación a los derechos laborales de las parteras capacitadas y un trato degradante hacia su persona, sus saberes y quehaceres en los hospitales de segundo nivel de atención que las han integrado.



Relacionada con la defensa de la implantación del modelo citado se halla la propuesta de reforzar la formación de parteras técnicas y profesionales. Sin embargo, esas iniciativas, sumadas a la proscripción de la partería tradicional, no toman en cuenta que, con la apertura de escuelas de partería técnica y universitaria, se desplaza y suplanta a la partería tradicional, y en particular a la indígena, sobre todo en regiones rurales o mayoritariamente indígenas. Tal desplazamiento deviene en un crónico proceso de extinción de los conocimientos ancestrales que, a pesar de todos los embates coloniales y poscoloniales recibidos, aún conservan muchas parteras tradicionales. Por desgracia, dicho proceso ya se ha observado en la mayor parte de los países europeos y americanos, entre estos últimos, por ejemplo: Puerto Rico, Chile, Cuba, Argentina, Uruguay, Paraguay, Estados Unidos¹⁹ y se presenta como una solución para reducir la muerte materna y la violencia obstétrica sin contar con “evidencias científicas” para demostrar que con la desaparición de la partería tradicional se hayan abatido tan graves problemas.

Quienes consideran que la desaparición de la partería tradicional es un “acto civilizatorio” desconocen que existe la Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en la que se establece que la diversidad cultural representa un patrimonio de la humanidad y que, por lo tanto, el gobierno mexicano está obligado a cumplir con la protección legal de dicha diversidad.

b) El “necesario” control y aprovechamiento de la medicina tradicional por el Sistema Nacional de Salud

El intercambio de conocimientos terapéuticos entre las diferentes culturas ha sido un hecho histórico consustancial al género humano. Europa se apropió de las tradiciones médicas de árabes, griegos y judíos. En la época colonial, España incorporó conocimientos de las parteras de los territorios conquistados e, igualmente, la medicina mesoamericana adoptó elementos terapéuticos de origen europeo, africano, chino e indú.²⁰

19 Casillas O. (2021). “El desplazamiento de las comadronas en la atención del parto en Puerto Rico, 1930-1970” en *Las Parterías Tradicionales en América Latina. Cambios y Continuidades ante un etnocidio programado*: Ed. Lucinia, Puerto Rico; Zárate, M. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos y Universidad Alberto Hurtado; Ehrenreich, B., English D. (1981). “Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras”. Barcelona, España, Ed. La Sal.

20 Rafael Alarcón (2021). “El etnocidio de la partería tradicional indígena tselal-tsotsil. ¿Maquinación de una profecía autocumplida?”, en *Las parterías tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*: Ed. Lucinia, Puerto Rico.



Empero, el intercambio de saberes y conocimientos entre las parteras o matronas y las mujeres se convirtió en delito al entrar en acción la Santa Inquisición. La iglesia católica, las autoridades civiles y los médicos de los siglos XIV a XVII impusieron leyes con las cuales emprendieron una “razia misógina” contra las parteras, al acusarlas de “comadronas brujas”.²¹

La regulación del intercambio de conocimientos terapéuticos es un acto que atiende a las relaciones de poder y, bajo esa lógica, se ubica el devenir histórico de la noción del “aprovechamiento” de la medicina tradicional. Resulta entonces que la inclusión de dicha noción en los sistemas nacionales de salud tiene sus orígenes en el ámbito sanitario internacional impulsado en las Asambleas Mundiales de Salud de 1975 y 1976 de la Organización Mundial de la Salud (OMS); este lineamiento incorporó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud reunida, en Alma-Ata, en 1978. En esta conferencia se recomendó el “uso más completo de los recursos locales y nacionales”, de tal modo que se abrió una puerta para oficializar el aprovechamiento de la medicina tradicional como un “recurso local”.

El 14 de agosto de 2001 se publicó la reforma constitucional en materia indígena del art. 2º. que en el Inciso III del Apartado B indica:

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de: [...]

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, *aprovechando debidamente la medicina tradicional [...]*

Lo establecido en este mandato constitucional obliga a señalar dos cuestiones indispensables de atender en los procesos de regulación sobre la materia: ¿cómo evitar que el concepto “aprovechamiento” se aplique como sinónimo de apropiación?, ¿cómo evitar que dicho “aprovechamiento” fragmente, modifique, distorsione y vulnere los sistemas médicos o terapéuticos de los pueblos y comunidades indígenas?

21 Towler J, Bramall J (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Masson, SA, p. 47.



La regulación vinculada con la práctica de la partería se observa en dos campos de acción:

- I. La incorporación al Sistema Nacional de Salud de conocimientos y recursos humanos y materiales propios de la medicina tradicional.
- II. La incidencia directa sobre los saberes y conocimientos que integran la medicina tradicional, operados en el interior de las propias comunidades indígenas.

En relación con el primer campo de acción se encuentra un artículo de la Ley General de Salud que hace una lectura sesgada de lo mandatado en el art. 2º. constitucional citado en párrafos anteriores, ya que dicha ley general establece lo siguiente:

2006	Art. 6, El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:	Fracción VI Bis Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
------	---	--

No significa lo mismo “aprovechar debidamente la medicina tradicional” que “promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”; esto último plantea problemas de carácter constitucional, dado que la promoción y el desarrollo citados deben hacerse mediante una consulta previa, libre e informada a los pueblos y comunidades indígenas y equiparables, además de que el condicionamiento de su práctica bajo la consideración de “condiciones adecuadas” implica la subordinación de la medicina tradicional indígena a los parámetros de la medicina alopática.

La incorporación de elementos de la medicina tradicional al sector salud se ha justificado como un mecanismo para mejorar la atención de la medicina institucional y para atraer al mayor número de población indígena a las unidades médicas, pero una vez que se aplican dejan de lado las prácticas que se refieren a la vida ritual y a la visión espiritual de los pueblos, incluidos el empleo de plantas medicinales, las sobadas, el uso del rebozo y varias más. Esto significa que tal incorporación se ha observado mediante la fragmentación de dichos conocimientos, tras incorporar los elementos que la misma medicina hegemónica considera convenientes para el sistema. Además, lo anterior no toma en cuenta que, en las comunidades indígenas, afromexicanos y equiparables, la medicina tradicional opera fuera de los espacios hospitalarios y funciona como sistema integral de atención terapéutica.



En dicha regulación se utiliza con frecuencia el término “interculturalidad” con el que se pretende dar por hecho una relación armónica y horizontal entre las culturas en juego, lo que representa una abstracción de las relaciones asimétricas de las culturas terapéuticas. En síntesis, el *fortalecimiento y la mejoría del Sistema Nacional de Salud no deben ser a costa del detrimento de la medicina tradicional*.

En relación con el segundo campo de acción, esto es, la incidencia directa sobre los saberes y conocimientos que integran la medicina tradicional, operados en el interior de las propias comunidades indígenas, se ha desarrollado mediante reglamentaciones para la prescripción del uso de plantas medicinales, reclutamiento mediante estímulos económicos para el control de las parteras tradicionales, prohibición de expedición de constancias de atención al parto, entre otros; es una incidencia que resulta violatoria de los derechos adquiridos.

En cuanto a la secuencia cronológica de la regulación de la medicina tradicional, la XXV Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano (organismo intergubernamental de ámbito regional y permanente, integrado por los congresos y asambleas legislativas nacionales de América Latina) celebrada en Panamá, aprobó en 2009 la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, con la Resolución AO/2009/13. México presentó el anteproyecto de ley a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, representada por José Alejandro Almaguer González.

En esta Ley Marco²², si bien se reconoce que la medicina tradicional forma parte de la identidad cultural y debe asumirse como un derecho cultural, se establece que el ejercicio de sus prácticas y el uso de sus herramientas se regule “en función de su eficacia científica” y se tomen “medidas para proteger, registrar en beneficio de los pueblos originarios, conservar y desarrollar, los conocimientos tradicionales y los recursos naturales necesarios para aplicarla de manera sostenible”. Se propicia la “autorregulación” por medio de la cual las organizaciones de médicos tradicionales “definan quiénes son y quiénes no los terapeutas tradicionales”. El objetivo de la Ley Marco es “establecer lineamientos para la regulación y modulación de la práctica, la enseñanza y la investigación de la medicina tradicional indígena, a fin de establecer las necesarias medidas de vigilancia y seguridad para la sociedad,

22 Comisión de Salud (2009). Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, Parlamento Latinoamericano.



en los términos y las condiciones que permitan su desarrollo sustentado en el respeto a los Derechos Humanos y los Derechos Indígenas [...]”.

De esta Ley se desprenden disposiciones que son una base para modificar leyes y normas nacionales, así como constituciones y leyes estatales. Todas tienden al registro, control, vigilancia, capacitación, obligaciones y sanciones. Se establecen directrices para “coadyuvar y participar en los Programas de Salud y con las movilizaciones nacionales”, el registro de los remedios herbolarios “a fin de establecer un control conjunto de las sustancias utilizadas con fines curativos”. Al final establece que:

Todas las formas de comercialización de estos elementos, serán controlados por las autoridades de salud para lo cual se emitirá una Norma Oficial o instrumento que determine los aspectos técnicos y de metrología²³ involucrados.

Resulta por demás evidente cómo esta Ley Marco es una violación flagrante a la autodeterminación y autonomía establecidos en el art. 2º. de la Constitución, a pesar del pretendido respeto de los derechos humanos de las poblaciones indígenas. Esta Ley Marco se ha usado para darle una interpretación sesgada al inciso III del Apartado A del artículo constitucional ya citado, como se observa en el documento llamado “Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional–Guía de Implantación de 2013”. En esta guía se establecen los procesos de formación/capacitación, calificación, autorización, contratación, registro y regulación de la práctica de los terapeutas de la medicina tradicional indígena.

De nueva cuenta, tales disposiciones, de orden inferior, violan los derechos humanos y culturales, así como el derecho a la autonomía establecido en el art. 2º. de la Carta Magna y los art. 2º, 4º, 5º, 6º y 25º del Convenio 169 de la OIT,²⁴ al establecer de manera unilateral la forma en la que los terapeutas tradicionales indígenas pueden ejercer y transmitir sus conocimientos y en la que los pueblos indígenas se relacionan con el territorio y sus recursos. Aplicaron la palabra “aprovechamiento” en el sentido de utilización, apropiación y explotación. Ante esta evidente violación es importante recordar que del art. 1º. de la Constitución se deriva el que los jueces están obligados a dejar de aplicar las normas inferiores y dar preferencia a los derechos humanos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales.

23 La metrología es la ciencia que se ocupa de las mediciones y unidades de medida. En este caso de la cuantificación en los usos de la herbolaria medicinal y sus principios activos, obtenidos por vía bioquímica y farmacológica en laboratorios.

24 La transcripción de estos artículos del Convenio 169 de la OIT se encuentra en el anexo.



Además de lo anterior, la fracción VIII, segundo párrafo del art. 2º, señala: [...] Las constituciones y leyes de las entidades federativas establecerán las características de libre determinación y autonomía que mejor expresen las situaciones y aspiraciones de los pueblos indígenas en cada entidad. Asimismo, mandata que las autoridades correspondientes federales, estatales y municipales deben concebir la medicina tradicional desde “la esencia de la identidad indígena”, desde su cultura; no obstante, este artículo se ha interpretado de una manera diferente respecto de las intenciones de las recomendaciones de pactos internacionales signados por México, y del propio espíritu del art. 2º constitucional. Ello se observa, por ejemplo, en los cambios realizados en 2019 a la Ley Estatal de Salud del estado de Oaxaca, en la cual se reformó la fracción IX del art. 6º, y cuya redacción final fue: “Regular, registrar y supervisar la medicina tradicional indígena, alternativa y complementaria”. Con ello, como se indicó en párrafos anteriores, se violan los derechos colectivos de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanos y equiparables, ya que la regulación de la medicina tradicional, sin consulta previa, libre e informada a los pueblos y comunidades indígenas, viola su libre autodeterminación y autonomía.



**4. VIOLACIÓN A LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
DE LAS MUJERES
Y LOS DERECHOS DE LAS
PARTERAS TRADICIONALES**



4. Violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los derechos de las parteras tradicionales

El Estado mexicano es signatario de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer 1979²⁵ (CEDAW, por sus siglas en inglés) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra La Mujer, “Convención de Belém do Pará”, 1994. Ambas convenciones han sentado las bases del andamiaje legal y la jurisprudencia en torno del establecimiento de los derechos de las mujeres en general y de los derechos sexuales y reproductivos en particular.²⁶

En cumplimiento de la CEDAW y la Convención de Belém do Pará se han expedido la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006), la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) y el Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2008). Pese a estos avances, el pleno ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en nuestro país aún es limitado pues, por ejemplo, el art. 4º. constitucional se ciñe únicamente a la planificación familiar y en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no está tipificada la violencia obstétrica.

Ante la urgente necesidad de mejorar la salud reproductiva se ha impulsado la incorporación de la noción de “violencia obstétrica” en las leyes estatales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyo resultado ha sido que entre 2008 y 2020 ésta se inscribe en 23 leyes estatales.²⁷ En todos los casos, la violencia obstétrica la perpetran los trabajadores del sistema de salud hacia las mujeres embarazadas, en parto o puerperio, y se refiere a recibir tratos denigrantes o inhumanos; ser sujetas de medicalización o ser sometidas a procedimientos innecesarios sin su consentimiento o que impidan el desarrollo fisiológico del parto.

25 En esta Convención se establece que la discriminación contra las mujeres es una violación a los derechos humanos.

26 En la Conferencia del Cairo en 1994 se definieron los conceptos de Salud Sexual y Salud Reproductiva

27 Aguascalientes, Baja California, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas. Otras leyes estatales sobre la misma materia utilizan términos distintos, por ejemplo, en la de Yucatán aparece la noción de “bienestar obstétrico”.



Si bien no existe una sola definición de “violencia obstétrica” y en algunos casos se limita a la enunciación de ciertos actos,²⁸ en la mayoría de las leyes estatales el tema central es que los actos u omisiones del personal de salud generen para las mujeres “pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad”.²⁹ A partir de ese planteamiento se ha enunciado una definición que ya aparece en siete³⁰ leyes estatales con mayor amplitud: la “violencia contra los derechos reproductivos” atenta contra el “derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva”.³¹

En la Declaración de Pekín, producto de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995, se estableció en el numeral 96 que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.”

Con este marco de referencia puede afirmarse que, en el caso de que una mujer decida acompañar su ejercicio reproductivo con una partera tradicional, la proscripción de la práctica de las parteras tradicionales resulta ser una forma de violencia obstétrica, debido a que tal proscripción viola su “autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad”.

Obligar a las mujeres a ir a las clínicas y hospitales para la realización del parto es violatorio de sus derechos reproductivos. El tema ya se ha abordado jurídicamente en el caso *Ternovszky vs. Hungría*.³² La ciudadana húngara de apellido Ternovszky argumentó que ella quería parir en su propia casa pero

28 Por ejemplo, “La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Artículo 27 Bis de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, agregado en 2015.

29 Artículo 6o., inciso VI. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de La Llave. Publicada el jueves 28 de febrero de 2008. Última reforma 26-11-2019.

30 Ciudad de México, Coahuila, Chiapas, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tlaxcala.

31 Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. Última Reforma 10 de agosto de 2016. Ley original publicada el 23 de marzo de 2009. Artículo 6, índice VIII. Violencia de los derechos reproductivos: “Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia.”

32 Tribunal Europeo de los Derechos Humanos, caso *Ternovszky vs. Hungría*, núm. 67545/09.



que se lo impidió el Estado húngaro porque las leyes de ese país sancionan al personal sanitario si atienden fuera de los hospitales y las casas de parto. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos concluyó que “las mujeres embarazadas tienen un *derecho humano fundamental a elegir las circunstancias en las cuales darán a luz*”.

Si se sigue la ruta de los derechos humanos de las mujeres, en lo que se refiere a las parteras tradicionales, las políticas de capacitación ligadas a la “certificación” y supuesta “autorización” para la atención de partos de bajo riesgo y la proscripción subsecuente de su práctica, resulta que se viola el derecho de las parteras tradicionales al libre desarrollo de la personalidad (CEDAW, art. 2, inciso d) y a elegir libremente la profesión y el empleo (CEDAW, art. 11, inciso c.). Si bien la partería tradicional es un servicio comunitario cuyo fin principal no es el pago por el trabajo, sí forma parte de la economía no monetaria de las parteras.

A su vez, con la proscripción del ejercicio de la partería tradicional se viola el derecho de las mujeres rurales pertenecientes a familias de parteras a acceder a la formación no académica (CEDAW, art. 14, número 2, inciso d), ya que el aprendizaje y el desarrollo de los conocimientos y saberes de la partería tradicional se logran a través de su quehacer cotidiano. Sin práctica no hay transmisión.

Esta proscripción de la partería, sumada a la introducción de escuelas que pretenden “profesionalizar” a jóvenes indígenas como parteras técnicas, compromete aún más la herencia de este importante legado cultural a las nuevas generaciones debido a que interrumpe la vía matrilineal y comunal del proceso de iniciación y transmisión de la partería tradicional. En consecuencia, no sólo se viola el derecho de las mujeres rurales a obtener los beneficios de todos los servicios comunitarios (CEDAW, art. 14, número 2, inciso d), sino que se gestan las condiciones para que las mujeres del futuro no puedan acceder a un servicio que se ha desaparecido de manera deliberada.

Como signatario de la CEDAW, el Estado mexicano está obligado a seguir una “política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer”, “abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer” y “adoptar medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo para modificar y derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer”. El Estado mexicano incumple estos compromisos al no modificar la regulación que discrimina la práctica de las parteras tradicionales.



**5. VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS
A LA IDENTIDAD Y LA NACIONALIDAD:
EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**



5. Violación de los derechos a la identidad y la nacionalidad: el certificado de nacimiento

El art. 4º. constitucional establece que: “Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrada de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos.” Sin embargo, el Certificado de Nacimiento que emite exclusivamente el Sistema Nacional de Salud es un documento obligatorio para obtener el acta de nacimiento. Lo anterior ha ocasionado que un número considerable de infantes carezca de actas de nacimiento debido a que sus familias no pudieron obtener los certificados de nacimiento, según informa la Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM) 2015.³³

Lo anterior significa que el Estado Mexicano niega a dichos infantes su derecho a la identidad y a ser registrados de manera inmediata a su nacimiento, con lo cual se abstiene de su obligación de garantizar el cumplimiento de los derechos correspondientes.

¿De qué manera el Sistema Nacional de Salud logró interponerse entre el derecho a obtener nombre y nacionalidad de todos los nacidos en el territorio mexicano y la garantía del cumplimiento de ese derecho constitucional? El certificado de nacimiento tiene su origen en el documento “Bases de Colaboración para el uso del Certificado de Nacimiento”, acordado entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Gobernación el 2 de mayo 2007.³⁴ En éste se estableció que el certificado sería indispensable para obtener el acta de nacimiento para los neonatos nacidos vivos en todo el territorio nacional y entró en vigor el 1 de septiembre de 2007. En 2013 se incorporaron los artículos 389, 389 bis y 389 bis 1 a la Ley General de Salud,³⁵ tras establecer como ley la obligatoriedad de presentar el certificado de nacimiento ante el registro civil para declarar el nacimiento de una persona. Las disposiciones antes referidas invalidaron ante el registro civil los “avisos” y “constancias” de nacimiento que otorgaban las parteras tradicionales.

Según la página oficial de la Secretaría de Salud:

Para todo nacimiento ocurrido fuera de una unidad médica, la madre

33 Del total de menores sin acta de nacimiento en ámbitos rurales, el 14.2% no tuvo acceso a la misma por “la falta del Certificado de Nacimiento expedido por el sector salud como precondition para proceder con el registro”. Esta referencia se encuentra en *El Derecho a la Identidad. La Cobertura del Registro de Nacimiento en México* publicado por INEGI-UNICEF, 2018, p. 102.

34 La referencia al respecto se encuentra en el *Manual del Certificado de Nacimiento 2007-2*.

35 Los artículos citados se encuentran en el Anexo.



acompañada por el recién nacido, debe acudir a los Servicios de Salud más cercanos para solicitar la expedición del Certificado de Nacimiento a más tardar 48 horas posteriores al nacimiento, en donde previo a la expedición, se corroborará el vínculo madre-hijo.³⁶

En esa página no se especifica que la constatación requiere la exploración física de los genitales de la mujer que acaba de dar a luz la cual, además de ser dolorosa implica una violación a su derecho humano a la integridad personal. Asimismo, tal lineamiento interrumpe la cuarentena que deben guardar las recién paridas, esto es, el resguardo propio del puerperio que representa un periodo de cuidados rituales y herbolarios, fundamental para la medicina tradicional de nuestro país, la salud de las mujeres y los recién nacidos.

Ante tales circunstancias, las mujeres que acudían al acompañamiento de las parteras tradicionales para atender sus partos suelen dejar de hacerlo para evitar la violencia institucional y la violación a su intimidad. Esto significa que se vulneran sus derechos reproductivos, ya que se viola el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva.

Además de lo anterior, las mujeres que eligen atenderse con las parteras tradicionales se enfrentan a un largo y complicado proceso para obtener el certificado de nacimiento. Esto ha causado situaciones de corrupción, ya que la mayor parte de estas familias ha tenido que pagar por la obtención de dicho documento a personas autorizadas para su expedición, la cual es gratuita. Las parteras tradicionales han planteado en diversos medios³⁷ que el certificado de nacimiento es el principal obstáculo para su práctica.

La necesidad de información estadística sobre los nacimientos, motivo expreso de la existencia del certificado, no debe atropellar el derecho fundamental de los recién nacidos a una identidad (nombre propio) y a una nacionalidad (base de la ciudadanía); de las mujeres a la integridad corporal; y de los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanos y equiparables a preservar y enriquecer su cultura.

En conclusión: el carácter obligatorio del certificado de nacimiento para obtener el acta de nacimiento y la invalidación de las constancias emitidas por las parteras tradicionales transgreden derechos humanos y colectivos consignados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

36 [Certificado Electrónico Nacimiento | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

37 Este planteamiento forma parte de los pronunciamientos elaborados por parteras tradicionales y organizaciones civiles acompañantes, los mismos que se citan en la parte correspondiente a las propuestas de este documento. También se expuso en los tres Foros sobre Partería Tradicional efectuados en el Museo Nacional de las Culturas del Mundo-INAH, en los años 2017, 2018 y 2019.



6. PROPUESTAS



6. Propuestas

Con base en el análisis realizado, consideramos que es urgente enmendar los graves problemas suscitados a raíz de la violación de varios derechos perpetrada en sexenios anteriores. Ello se puede lograr mediante reformas que permitan una adecuada armonización del *marco legal que garantice el ejercicio de los derechos adquiridos* vinculados con la práctica de la partería tradicional. Dicha armonización debe velar por el reconocimiento y fortalecimiento de la partería tradicional y por una aplicación no desvirtuada de lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Varias de las propuestas presentadas a continuación coinciden con las demandas plasmadas en comunicados y pronunciamientos emitidos por organizaciones y grupos de parteras tradicionales.³⁸

1. En virtud de que la práctica de la medicina tradicional en general, y de la partería tradicional en particular, constituyen derechos culturales inalienables, deben reformarse y derogarse los artículos de leyes, reglamentos y normas que han dado como resultado la proscripción de la partería tradicional y atentan contra la dignidad y el patrimonio de las parteras tradicionales, por ejemplo:

- ◆ Reformar los siguientes artículos de la Ley General de Salud:
 - Art. 6, fracciones VI Bis y VII.
 - Art. 64, fracción IV.
 - Art. 93
 - Art.389Bis
 - Art.389Bis1
 - Art.392

³⁸ Los pronunciamientos consultados son, por orden cronológico, los siguientes:

- ▶ Pronunciamiento del Foro “Partería, Cultura, Ancestralidad y Derechos”. Oaxaca, enero/2018;
- ▶ Pronunciamiento “La Desaparición de las Parterías Tradicionales Indígenas de México”, Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A.C. (OMIECH), San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 8/marzo/2019;
- ▶ Pronunciamiento del Encuentro de Parteras de Oaxaca “Fortaleciendo nuestro camino”, Nueve Lunas SC. Oaxaca, 3/abril/2019.
- ▶ Pronunciamiento “Contra la Institucionalización de las Partería Tradicionales en México”, Área de Mujeres y Parteras de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, Consejo de Abuelas Parteras Guardianas del Saber Ancestral, 28/agosto/2019.



- ◆ Reformar la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en lo referente a la inclusión en ésta de la partería tradicional.
- ◆ Los art. 102 a 114 del Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

2. En virtud de que el certificado de nacimiento representa un obstáculo para que los recién nacidos puedan “ser registrados de manera inmediata a su nacimiento”, se propone la creación de dos vías alternas a la expedición del certificado citado:

- a) Que a las parteras tradicionales les sea validada la facultad de expedir constancias de los partos atendidos, tal y como se realizaba hace varios años. Con esta constancia, la familia del recién nacido volvería a tener la posibilidad de tramitar el acta de nacimiento ante el Registro Civil sin la obligada mediación del Sistema Nacional de Salud, dado que dicha constancia sería un documento equivalente al certificado de nacimiento, para el trámite del acta correspondiente; con ello, el Estado garantiza el ejercicio del derecho establecido en el art. 4º. de la Carta Magna. El procedimiento anterior exige modificar la Sección 11 “Nacimientos”, de la Norma Oficial Mexicana-035-SSA3-2012 y otras normas vinculadas.
- b) Que a las autoridades civiles y tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas, afromexicanos y equiparables les sea validada la facultad de expedir constancias de verificación del vínculo madre-recién nacido, para que la madre y la familia puedan tramitar el acta de nacimiento ante el Registro Civil.

3. Que a las mujeres atendidas por parteras tradicionales que opten por obtener el Certificado de Nacimiento expedido por el Sector Salud, no sean sometidas a una exploración física genital para constatar el vínculo madre-recién nacido. Tampoco se las debe obligar a interrumpir la cuarentena, ya que ésta es indispensable para su recuperación física y emocional y, por lo tanto, se violenta su proceso de puerperio.



7. ANEXO

LISTA REFERENCIAL DEL MARCO LEGAL VINCULADO A LA PRÁCTICA DE LA PARTERÍA TRADICIONAL



7. Anexo. Lista referencial del marco legal vinculado a la práctica de la partería tradicional

I. Ámbito nacional

◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 1.

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran 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 nacionalidad, 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.

Artículo 2.

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

A. Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

I. Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural.

IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.



B. La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

II. Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favoreciendo la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior. Establecer un sistema de becas para los estudiantes indígenas en todos los niveles. Definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos, de acuerdo con las leyes de la materia y en consulta con las comunidades indígenas. Impulsar el respeto y conocimiento de las diversas culturas existentes en la nación.

VIII. Acceder plenamente a la jurisdicción del Estado. Para garantizar ese derecho, en todos los juicios y procedimientos en que sean parte, individual o colectivamente, se deberán tomar en cuenta sus costumbres y especificidades culturales respetando los preceptos de esta Constitución. Los indígenas tienen en todo tiempo el derecho a ser asistidos por intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua y cultura.

Sin perjuicio de los derechos aquí establecidos a favor de los indígenas, sus comunidades y pueblos, toda comunidad equiparable a aquéllos tendrá en lo conducente los mismos derechos tal y como lo establezca la ley.

Artículo 4

Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento. *Párrafo adicionado DOF 17-06-2014*

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejerci-



cio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.

Párrafo adicionado DOF 30-04-2009

◆ **Ley General de Salud**

Artículo 6o.

El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

Artículo 7°

XIII.- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Artículo 64.

En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio. Fracción adicionada DOF 31-05-2009 Artículo reformado DOF 14-06-1991 Artículo publicado completo DOF 16-12-2016

Artículo 93.

La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.



De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Adición en Diario Oficial de 19 de septiembre de 2006

Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Artículo 389.

Para fines sanitarios se extenderán los siguientes certificados:

I. Prenupciales;

I Bis. De nacimiento;

Fracción adicionada DOF 24-04-2013

Artículo 389 Bis.

El certificado de nacimiento se expedirá para cada nacido vivo una vez comprobado el hecho. Para tales efectos, se entenderá por nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida como frecuencia cardiaca, pulsaciones de cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

El certificado de nacimiento será expedido por profesionales de la medicina o personas autorizadas para ello por la autoridad sanitaria competente.

Artículo adicionado DOF 24-04-2013

Artículo 389 Bis 1.

El certificado de nacimiento será requerido por las autoridades del Registro Civil a quienes pretendan declarar el nacimiento de una persona, con las excepciones que establezcan las disposiciones generales aplicables.

Artículo adicionado DOF 24-04-2013



Artículo 392.

Los certificados a que se refiere este título, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud y de conformidad con las normas oficiales mexicanas que la misma emita. Dichos modelos serán publicados en el Diario Oficial de la Federación.

Párrafo reformado DOF 27-05-1987, 14-06-1991, 07-05-1997

Las autoridades judiciales o administrativas sólo admitirán como válidos los certificados que se ajusten a lo dispuesto en el párrafo anterior.

La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y los Servicios Estatales de Salud, en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con la normatividad que se expida para tal efecto, llevarán a cabo acciones necesarias para la implementación de los certificados a que se refiere este Título, incluyendo las relacionadas con la captura, generación e intercambio de la información relacionada con la expedición de dichos certificados y de acuerdo a lo dispuesto por el Título Sexto.

Párrafo adicionado DOF 24-04-2013

- ◆ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

CAPÍTULO V

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Atención Materno-Infantil.

Artículo 102.

Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años. En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo anterior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.

Artículo 103.

El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios



de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.

Artículo 104.

Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal.

Artículo 105.

Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos.

I.- Ser mayor de edad:

II.- Saber leer y escribir:

III.- Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y

IV.- Los demás que señale la Secretaría.

Artículo 108.

Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización, a que se hace referencia el Artículo 105, estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto.

Artículo 109.

La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el Artículo 102.

Artículo 110.

El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;



II.- Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría, y

III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

Artículo 111.

No podrá, en ningún caso, el personal no profesional autorizado en la prestación de servicios de obstetricia:

I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría;

II.- Realizar intervenciones quirúrgicas;

III.- Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados;

IV.- Provocar abortos, y

V.- Las demás actividades que determine la Secretaría.

Artículo 112.

El personal no profesional a que se refiere el Artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones:

I.- Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presume la posibilidad de partos o puerperios patológicos;

II.- Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado;

III.- Dar la información que solicite la Secretaría y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen;

IV.- Asistir a las reuniones de información las que sean citados por la Secretaría;

V.- Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin

VI.- Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados;



VII.- Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad Transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada:

VIII.- Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia,

IX.- Las demás obligaciones que establezca la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

Artículo 113.

La Secretaría, en las entidades federativas, llevará un registro estatal de los permisos y refrendo que expida al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica en obstetricia.

Artículo 114.

Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones:

I.- Omitir el refrendo de la autorización;

II.- No acudir a los cursos de actualización de conocimiento en la materia;

III.- Omitir el auxilio a que este obligado.

IV.- En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones

◆ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016

Definiciones:

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Disposiciones generales:

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura,



facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

◆ Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en materia de información en salud, Secc. 11 Nacimientos.

11.3 Para todo nacido vivo cuyo nacimiento haya ocurrido en territorio nacional es obligatoria su certificación, para lo cual debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento. Los nacidos vivos cuyo nacimiento haya ocurrido en el extranjero quedan excluidos de la expedición del Certificado de Nacimiento.

11.4 Para todo nacido vivo cuyo nacimiento haya ocurrido en territorio nacional, el Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento. El Certificado de Nacimiento no debe ser confundido con el Acta de Nacimiento. El Certificado de Nacimiento no debe ser utilizado en sustitución o como complemento del Acta de Nacimiento para fines legales o administrativos.

11.5 El Certificado de Nacimiento está conformado por un original y dos copias. Con objeto de asegurar la integración de la información y el registro de los nacidos vivos ocurridos se establece lo siguiente:

11.5.1 El original se entrega a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de ésta, con la indicación de que a su vez se entregue en el Registro Civil para la obtención del Acta de Nacimiento correspondiente, quedando bajo resguardo del mismo.



11.6 El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por única vez a todo nacido vivo en territorio nacional (independientemente de la nacionalidad o situación legal de los padres), en forma gratuita y obligatoria, por un médico con cédula profesional o por la persona facultada por la autoridad sanitaria correspondiente. Antes de su expedición es indispensable que el certificante haya corroborado el nacimiento, el vínculo madre-hijo(a) y verificado la identidad de la madre mediante una identificación oficial, o a falta de esta última, con el documento respectivo expedido por la autoridad competente.

11.7.2 Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y fue atendido con la asistencia de una partera facultada por alguna institución del SNS para expedir el Certificado de Nacimiento, ésta debe emitirlo dentro de las primeras veinticuatro horas después de ocurrido el nacimiento y entregarlo inmediatamente a la madre (o quien corresponda a falta de ésta).

11.7.3 Si el nacimiento ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y fue atendido por personal no facultado para la expedición del Certificado de Nacimiento:

11.7.3.1 Si la madre recibió atención prenatal en una unidad médica de alguna institución del SNS, a solicitud de la madre, dicha institución es la responsable de expedir el Certificado, siempre y cuando el vínculo madre-hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante, de lo contrario se está sujeto a lo dispuesto en el numeral 11.7.3.3.

11.7.3.2 Si la madre no recibió atención prenatal, es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Nacimiento, siempre y cuando el vínculo madre hijo(a) pueda ser corroborado por el certificante, de lo contrario se estará sujeto a lo dispuesto en el numeral 11.7.3.3.

11.7.3.3 Si el vínculo madre-hijo no puede ser constatado por el certificante, se debe acudir a la autoridad competente, quien debe corroborar dicho vínculo; una vez hecho lo anterior es responsabilidad de los SESA establecer los mecanismos que garanticen la expedición del Certificado de Nacimiento.



◆ La Ley General de Cultura y Derechos Culturales

Artículo 3.

Las manifestaciones culturales a que se refiere esta Ley son los elementos materiales e inmateriales pretéritos y actuales, inherentes a la historia, arte, tradiciones, prácticas y conocimientos que identifican a grupos, pueblos y comunidades que integran la nación, elementos que las personas, de manera individual o colectiva, reconocen como propios por el valor y significado que les aporta en términos de su identidad, formación, integridad y dignidad cultural, y a las que tienen el pleno derecho de acceder, participar, practicar y disfrutar de manera activa y creativa.

Artículo 5.

La política cultural del Estado deberá contener acciones para promover la cooperación solidaria de todos aquellos que participen en las actividades culturales incluidos, el conocimiento, desarrollo y difusión de las culturas de los pueblos indígenas del país, mediante el establecimiento de acciones que permitan vincular al sector cultural con el sector educativo, turístico, de desarrollo social, del medio ambiente, económico y demás sectores de la sociedad.

Artículo 7.

La política cultural del Estado mexicano, a través de sus órdenes de gobierno, atenderá a los siguientes principios:

- Igualdad de las culturas;
- Reconocimiento de la diversidad cultural;
- Reconocimiento de la identidad y dignidad de las personas.

Artículo 9.

Toda persona ejercerá sus derechos culturales a título individual o colectivo sin menoscabo de su origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otro y, por lo tanto, tendrán las mismas oportunidades de acceso.



Artículo 11.

Todos los habitantes tienen los siguientes derechos culturales:

- III. Elegir libremente una o más identidades culturales;
- IV. Pertenecer a una o más comunidades culturales;
- VI. Disfrutar de las manifestaciones culturales de su preferencia;
- VII. Comunicarse y expresar sus ideas en la lengua o idioma de su elección;
- X. Los demás que en la materia se establezcan en la Constitución, en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte y en otras leyes.

Artículo 15.

La Federación, las entidades federativas, los municipios y las alcaldías de la Ciudad de México, en el ámbito de su competencia, desarrollarán acciones para investigar, conservar, proteger, fomentar, formar, enriquecer y difundir el patrimonio cultural inmaterial, favoreciendo la dignificación y respeto de las manifestaciones de las culturas originarias, mediante su investigación, difusión, estudio y conocimiento.

II. ÁMBITO INTERNACIONAL

◆ El Convenio 169 de la OIT sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes.

Artículo 2.

1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.

2. Esta acción deberá incluir medidas:

- a) que aseguren a los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población;
- b) que promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y



cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones;

c) que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.

Artículo 5.

Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:

a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;

b) deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos;

c) deberán adoptarse, con la participación y cooperación de los pueblos interesados, medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.

Artículo 7.

1. Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente.

2. El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

3. Los gobiernos deberán velar por que, siempre que haya lugar, se efectúen estudios, en cooperación con los pueblos interesados, a fin



de evaluar la incidencia social, espiritual y cultural y sobre el medio ambiente que las actividades de desarrollo previstas puedan tener sobre esos pueblos. Los resultados de estos estudios deberán ser considerados como criterios fundamentales para la ejecución de las actividades mencionadas.

4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.

Artículo 25.

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

◆ **La Convención sobre la Eliminación de Todas las Normas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**

Artículo 2.

Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

[...]



b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;

[...]

d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;

[...]

Artículo 11

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

[...]

c) El derecho a elegir libremente profesión y empleo, el derecho al ascenso, a la estabilidad en el empleo y a todas las prestaciones y otras condiciones de servicio, y el derecho a la formación profesional y al readiestramiento, incluido el aprendizaje, la formación profesional superior y el adiestramiento periódico;

Artículo 14.

1. Los estados parte tendrán en cuenta los problemas especiales a que hace frente la mujer rural y el importante papel que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía y tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la presente convención a la mujer en las zonas rurales.

2. Los estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:

[...]

d) Obtener todos los tipos de educación y de formación, académica y



no académica, incluidos los relacionados con la alfabetización funcional, así como, entre otros, los beneficios de todos los servicios comunitarios y de divulgación a fin de aumentar la capacidad técnica.

◆ **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención De Belem Do Para”**

Artículo 4.

Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

b) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;

[...]

d) El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;

Artículo 7

Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

b) actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

[...]

e) tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer.

Artículo 9

Los estados partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre



otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, está discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

◆ **Lineamientos de la Organización Mundial de la Salud**

La OMS cuenta con una política sobre Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias desde el año de 2002.

- Estrategia sobre medicina tradicional (2014-2023)
- Resoluciones de la OMS

◆ **Resolución WHA56.31, 56ª. Asamblea Mundial de la Salud, 28/mayo/2003.**

En el punto 14.10 insta a los Estados miembros a que de conformidad con la legislación y los mecanismos establecidos, adapten, adopten y apliquen cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional, la cual fue suscrita por México.

◆ **Resolución EB124.R9 de la 62ª Asamblea Mundial de la salud, 26/1/2009.**

En el punto 4.52 insta a los estados miembros de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente a:

- 1) considerar la posibilidad de adoptar y aplicar la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente;
- 2) respetar, preservar y comunicar ampliamente, según proceda, el conocimiento de la medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales, de forma apropiada y sobre la base de las circunstancias de cada país, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;
- 3) formular políticas, reglamentos y normas nacionales en el marco de un sistema nacional de salud integral, para promover el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional;
- 4) considerar la posibilidad, cuando proceda, de incluir la medicina tradi-



cional en sus sistemas de salud, sobre la base de sus capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad;

5) seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación, tomando debidamente en consideración las medidas específicamente relacionadas con la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

6) considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus conocimientos y aptitudes en colaboración con los dispensadores de atención de salud pertinentes;

7) considerar la posibilidad de fortalecer la comunicación entre los prestadores de medicina convencional y medicina tradicional y, cuando proceda, de establecer programas de capacitación apropiados para los profesionales de la salud, los estudiantes de medicina y los investigadores pertinentes;

8) cooperar entre sí para compartir conocimientos y prácticas de medicina tradicional e intercambiar programas de formación en medicina tradicional, de forma compatible con la legislación nacional y las obligaciones internacionales pertinentes;

◆ **Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe**

El Parlamento Latinoamericano, organismo intergubernamental de ámbito regional y permanente, que está integrado por los congresos y asambleas legislativas nacionales de Latinoamérica, encargado de promover, armonizar y canalizar el movimiento hacia la integración, en su XXV Asamblea Ordinaria celebrada en Panamá el 3 de diciembre de 2009, emitió la Resolución: Ao/2009/13, en la que se aprueba la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, elaborada por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud de México; resolviendo también a los Congresos Miembros, con la remisión de la Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, e impulsar la traducción y publicación de la Ley Marco al idioma portugués, inglés y francés, a efectos de velar por su efectiva difusión, procurando el apoyo de los Congresos Miembros y Organismos Internacionales.



◆ Recomendaciones (ONU)

- Recomendaciones al Estado mexicano del Comité para la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas (2018).³⁹

Se indica que es necesario reducir la incidencia de la mortalidad materna, incluyendo la colaboración con parteras tradicionales y la capacitación de profesionales de la salud, en particular en las áreas rurales, asegurando que todos los nacimientos atendidos por el personal de la salud, sigan los lineamientos de las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos del Desarrollo Sustentable.

- Recomendaciones al Estado mexicano del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2018)⁴⁰, en relación a los informes periódicos quinto y sexto, en particular el numeral 68 que a la letra dice:

El Comité recomienda al Estado parte que adopte las medidas necesarias para fortalecer la protección de los derechos culturales y el respeto de la diversidad cultural, entre otros mediante la creación de condiciones favorables para que los pueblos indígenas puedan conservar, desarrollar, expresar y difundir su identidad, historia, cultura, lenguas, tradiciones y costumbres. Asimismo, le insta a garantizar la demarcación y protección de los derechos que tienen los pueblos indígenas a poseer, utilizar, desarrollar y controlar con plena seguridad sus tierras, territorios y recursos naturales, incluso mediante el reconocimiento legal, la protección jurídica necesaria y su restitución, cuando éstos sean ocupados por personas no indígenas.

- Recomendaciones relacionadas con la partería tradicional emitidas en los resolutivos del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas⁴¹, en su 17avo periodo de sesiones efectuadas en Nueva York (2018), que van del numeral 22 al 24:

39 Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW, 2018). Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, Numeral 42, inciso e, 25 de julio de 2018.

40 ONU (2018). Observaciones finales sobre a los informes periódicos quinto y sexto combinados de México.

41 Órgano asesor del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. Establecido el 28 de julio de 2000. Su mandato es examinar las cuestiones indígenas, como parte de las atribuciones del ECOSOC relativas al desarrollo económico y social, la cultura, el medio ambiente, la educación, la salud y los derechos humanos. Permanent Forum on Indigenous Issues (2018). Seventeenth sesión, New York, 16-27 April. E/C.19/2018/L.4



22. Los conocimientos culturales y clínicos de las parteras tradicionales indígenas y sus contribuciones para el bienestar y los positivos logros en salud de las comunidades indígenas, han sido desconocidos por los Sistemas de Salud Estatales por mucho tiempo. Las parteras indígenas trabajan duramente para mejorar la salud materna e infantil, a lo largo del ciclo reproductivo de las personas y con mayor énfasis durante el embarazo, el parto y el postparto. Ellas responden a las necesidades específicas de sus comunidades y al hacerlo nutren la reproducción social y cultural de la vida.

23. A pesar de este rol central y de la regulación comunitaria de las parteras indígenas, ellas son frecuentemente desconocidas y activamente criminalizadas en detrimento de la salud de los pueblos indígenas. Para cerrar la brecha en los indicadores de salud entre indígenas y no indígenas, la práctica de la partería indígena necesita ser apoyada por las políticas estatales de salud. Los pueblos indígenas tienen derecho a aplicar la autodeterminación en materia de salud reproductiva y los Estados deben eliminar la criminalización de las parteras indígenas y hacer las modificaciones legislativas y de regulación, necesarias para legitimar la partería indígena a través del reconocimiento de sus comunidades como proveedoras de cuidado a la salud. Los Estados deben también fomentar la educación de las nuevas parteras tradicionales indígenas, a través de múltiples rutas de educación, incluyendo la transmisión oral de conocimientos, como aprendices de parteras experimentadas.

24. El Foro Permanente reitera las recomendaciones realizadas en las sesiones tercera, quinta y novenas sobre partería indígena, en las cuales el Foro recomendaba que la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), tanto como las agencias regionales y gubernamentales, incorporaran completamente una perspectiva cultural en las políticas de salud, programas y servicios de salud reproductiva, y brindaran a las mujeres indígenas un cuidado a la salud de calidad, incluyendo la atención de las emergencias obstétricas, planificación familiar voluntaria y herramientas de atención al recién nacido. En el contexto reciente, el rol de las parteras tradicionales debe ser revisado y expandido lo máximo posible, asistiendo a las mujeres indígenas durante sus procesos de salud reproductiva y actuando como intermediarias culturales entre los sistemas de salud y los valores y visiones del mundo, de las comunidades indígenas.



8. BIBLIOGRAFÍA CITADA



8. Bibliografía citada

Agostoni Claudia (2001). “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, en Gabriel Cano y Georgette José Valenzuela (Coord.). Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX, México, Miguel Ángel Porrúa–UNAM, pp 71-95.

Alarcón Lavín Rafael (2021). “El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil. ¿Maquinación de una profecía autocumplida?”, en *Las parterías tradicionales en América Latina. Cambios y continuidades ante un etnocidio programado*, Puerto Rico, Lucinia. Disponible en:

<https://air.uniud.it/retrieve/handle/11390/1207655/543270/Parteri%CC%81as%20tradicionales%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.%20Cambios%20y%20continuidades%20antes%20un%20etnocidio%20programado.pdf>

Asamblea General de Naciones Unidas (2015). “Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2000-2015), en *Agenda para el Desarrollo Sostenible (2015-2030)*. Disponible en: <https://research.un.org/es/docs/dev/2000-2015>

Carrillo, Ana María (1998). “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”, en *ASCLEPIO, Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas*, España, Vol. 50, Núm. 2.

Carrillo, Ana María (1999). “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas de México” en *DYNAMIS. Acta Hist. Med. Sci. Hist. Ilus*, España, Núm. 19.

Casillas Olivieri Sylvia (2021). “El desplazamiento de las comadronas en la atención del parto en Puerto Rico, 1930-1970” en *Las Parterías Tradicionales en América Latina. Cambios y Continuidades ante un etnocidio programado*, Puerto Rico, Lucinia.

Comisión de Salud (2009). Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe, Parlamento Latinoamericano. Disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/61/1/2009-10-13-1/assets/documentos/1-medicina_tradicional.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017). *Recomendación General No. 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf



Comisión Nacional de Derechos Humanos (2019). *La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural*. Disponible en:

<https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW, 2018). Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México, Numeral 42, inciso e, 25 de julio de 2018. Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fMEX%2fCO%2f9&Lang=en

Dávalos Marcela (1996). “El ocaso de las parteras”, en Cuicuilco, Vol. 2, Núm. 6, pp. 195-210.

Del Paso y Troncoso Francisco (1953). *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentílicas de las razas aborígenes de México*, Tomo I, Fuente Cultural de la Librería Navarro.

Ehrenreich, B., English D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona, España, La Sal.

Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (2018). “El Derecho a la Identidad”, en *La Cobertura del Registro de Nacimiento en México*, INEGI-UNICEF, p. 102. Disponible en:

https://www.unicef.org/mexico/media/1001/file/UNICEF_ENIM2015.pdf

Gallegos Vargas Aura Renata (2019). *Formar parteras desde la tradición: Estrategia para la continuidad de la partería en Oaxaca y México. Experiencias del Centro de Iniciación a la Partería en la Tradición de Nueve Lunas*, Tesis de Maestría en Educación para la Interculturalidad y la Sustentabilidad, Universidad Veracruzana.

García Licona Angelina y López Tirzo María Rosario (2018). *Desplazamiento de la práctica tradicional en la makgchakgana (partería) en comunidades wanti xalakatuwain de Mecatlán y Filomeno Mata, Veracruz*, Tesis para obtener el título de Licenciada en Gestión Intercultural para el Desarrollo, Universidad Veracruzana Intercultural, Sede Totonacapan.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Derecho a la identidad: la cobertura del registro de nacimiento en México*, México, INEGI-UNICEF, pp.24-25. Disponible en:

https://www.unicef.org/mexico/media/1016/file/UNICEF_Derecho%20a%20la%20identidad.pdf



Instituto Mexicano del Seguro Social (2012), Programa IMSS-Oportunidades. Libro Blanco 2007–2012. México. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>

Nieto Valente Irene Adelaida (2018). *Procesos de gestión en torno al reconocimiento y práctica de la partería tradicional en la región de las Grandes Montañas*, Tesis para obtener el grado de Licenciada en Gestión Intercultural para el Desarrollo, Veracruz, Universidad Veracruzana Intercultural, Sede Grandes Montañas.

Organización de las Naciones Unidas (2018). Observaciones finales sobre a los informes periódicos quinto y sexto combinados de México. Disponible en:
http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=1094:comite-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales-de-la-onu-observaciones-finales-a-los-informes-periodicos-quinto-y-sexto-combinados-de-mexico&Itemid=282

Permanent Forum on Indigenous Issues (2018). Seventeenth sesión, New York, 16-27 April. E/C.19/2018/L.4

Secretaría de Salud, Manual de Llenado del Certificado 2015. Disponible en:
https://qroo.gob.mx/sites/default/files/unisitio2020/07/8.%20ManualLlenadoCN2015_15_julio.pdf

Towler Jean y Bramall Joal (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson, S.A.

Tribunal Europeo de los Derechos Humanos, caso Ternovszky vs. Hungría Núm. 67545/09. Disponible en:
https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_SPA.pdf

Zárate María Soledad (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago de Chile, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos, Museos y Universidad Alberto Hurtado.

Secretaría de Cultura

Alejandra Frausto Guerrero
Secretaria de Cultura

Instituto Nacional de Antropología e Historia

Diego Prieto Hernández
Director General

José Luis Perea González
Secretario Técnico

Beatriz Quintanar Hinojosa
Coordinadora Nacional de Difusión

Antonio Huitrón Santoyo
Coordinador Nacional de Desarrollo Institucional

Paloma Bonfil Sánchez
Coordinadora Nacional de Antropología

Ramón Eduardo González Muñiz
Director de Etnología y Antropología Social

Jimena Escobar Sotomayor
Dirección de Mediateca

Créditos:

Investigación y redacción:

Amparo Sevilla Villalobos
María Cristina Galante Di Pace
Rafael Alarcón Lavin
Aura Renata Gallegos Vargas

Diseño gráfico/editorial:

Anahí Hernández Olvera

Corrección de estilo:

Juan Carlos Muñoz

Cuidado de la edición:

Amparo Sevilla Villalobos

Dibujo:

Luis David Venegas Anaya

Montaje imagen de la portada:

Abraham Rodríguez Reyes

Figurillas de cerámica prehispánica de:

Mujer en parto, Colima. Mediateca-INAH

Mujer con feto interior, Mujer cargando infante,
Cacaxtla-Xochitecatl, Tlaxcala. Museo de Sitio-INAH.

Mujer embarazada, Tlatilco, Estado de México.
Museo Nacional de Antropología-INAH.

Dirección de Etnología y Antropología Social - INAH
Ciudad de México 2023

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Instituto Nacional de Antropología e Historia

Córdoba 45, col. Roma, C.P. 06700, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México

difusion.deas@inah.gob.mx

Las características gráficas y tipográficas de esta edición son propiedad del Instituto Nacional de Antropología e Historia de la Secretaría de Cultura

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, la fotocopia o la grabación, sin la previa autorización por escrito de la Secretaría de Cultura / Instituto Nacional de Antropología e Historia

ISBN: 978-607-539-761-0

Hecho en México

Análisis del marco legal vinculado a la partería tradicional en México en su edición electrónica, se terminó en marzo de 2023.

Producción: Dirección de Etnología y Antropología Social,
de la Coordinación Nacional Antropología.



ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL VINCULADO A LA **PARTERÍA TRADICIONAL** EN MÉXICO



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA

