



El Colegio de la Frontera Sur

Organización entre parteras profesionalizadas y sus  
implicaciones en la política de las mujeres, desde el  
enfoque de Género y Salud

Tesis

Presentada como requisito parcial para optar al grado de  
Doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable  
Con orientación en Salud, Equidad y Sustentabilidad

Por

Liliana López Arellano

2019

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis fue realizada gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, mediante la beca otorgada para realizar mis estudios de posgrado.

A mi comité tutelar y a mis sinodales por ser una guía en este proceso, por la paciencia y su colaboración. En especial a la Dra. Georgina Sánchez por mostrarme los lentes de género, para ver y aprender con otro enfoque la medicina, la salud, las mujeres y sobre todo la organización entre parteras.

A las parteras que participaron en esta investigación, ya que sin ellas, mi trabajo simplemente no existiría. A mis compañeras y amigos de Ecosur, en especial a Bárbara, Anet, Juanita, Daniela y Laura que con sus reflexiones facilitaron mis cuestionamientos sobre género.

Y a todas las personas que en algún momento estuvieron con Quike para “dar la vuelta”, para entretenerlo y darme un tiempo para trabajar en mi tesis.

# Contenido

RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
DEFINICIÓN DE PARTERA PROFESIONALIZADA .....	13
CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTERAS PROFESIONALIZADAS .....	17
ANTECEDENTES .....	23
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PARTERÍA EN MÉXICO .....	23
UN BOCETO DEL PANORAMA MUNDIAL DEL SIGLO XVI AL XIX DE LA MEDICINA HEGEMÓNICA Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES.....	27
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL SIGLO XIX.....	33
PARTERAS PROFESIONALIZADAS EN EL MÉXICO DEL SIGLO XXI .....	34
CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: EL CASO EMBLEMÁTICO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA A.C. (AMP) .....	39
EXPERIENCIA INTERNACIONAL SOBRE PARTERÍA PROFESIONAL.....	45
LA PROBLEMÁTICA .....	49
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	53
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	54
SUPUESTO .....	54
JUSTIFICACIÓN .....	55
ELEMENTOS QUE JUSTIFICAN LA PERTINENCIA DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA .....	56
MUERTE MATERNA .....	56
VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	58
CESÁREAS .....	60
OBJETIVO GENERAL.....	62
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	62
MARCO TEÓRICO A PARTIR DEL CUAL SE CONSTRUYE LA INVESTIGACIÓN.....	63
GÉNERO Y SALUD .....	63
EL GÉNERO Y EL BIPODER .....	66
SOBRE LA ORGANIZACIÓN .....	69
LA POLÍTICA DE LAS MUJERES .....	72
METODOLOGÍA.....	78

CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	84
RESULTADOS .....	85
EL RECONOCIMIENTO DE LA PARTERÍA COMO PROFESIÓN Y EL MARCO LEGISLATIVO DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA EN MÉXICO.....	85
¿QUIÉNES SON LAS PARTERAS ENTREVISTADAS?.....	86
¿REALMENTE SE CONOCEN?.....	88
¡LO QUE ACÁ FALTA, ES TIEMPO!.....	90
¿ORGANIZARSE PARA QUÉ?.....	92
¡ASÍ NO! EL ANTECEDENTE DE LA AMP.....	95
¡QUE VIVAN LOS ERRORES! HACIENDO POLÍTICA DE LAS MUJERES.....	99
REDES DE APOYO (VIRTUALES Y PRESENCIALES) .....	102
¡NO SOY UNA VECINA MÁS! LO PERSONAL ES POLÍTICO.....	104
UNA ESPERA MUY AGOTADORA. EL BIOPODER.....	107
NOSOTRAS, LAS OTRAS... (TRASCENDER LAS DISPUTAS A CRÍTICAS CONSTRUCTIVAS) .....	110
ASÍ NO... ¿ENTONCES CÓMO? (HACIA UNA NUEVA ERA DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA) .....	113
LA EXPERIENCIA DE LA INVESTGADORA Y SU REFLEXIÓN FRENTE AL PROCESO .....	116
DISCUSIÓN.....	120
SOBRE EL CONCEPTO DE PARTERA PROFESIONALIZADA.....	127
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	130
LITERATURA CITADA.....	132
A N E X O S.....	142
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	142
ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA 1.....	143
ANEXO 3: ARTÍCULO PUBLICADO EN MEXICAN LAW REVIEW .....	147
ANEXO 4: SEGUNDO ARTÍCULO, SOMETIDO A LA REVISTA SOCIOLOGICA MÉXICO UAM.....	172

## RESUMEN

La presente investigación analiza, desde el enfoque de género y salud, y a partir de los conceptos planteados por Jean Cohen y Andrew Arato (2011), la organización entre parteras profesionalizadas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. La metodología utilizada fue cualitativa, por lo que se trabajó con entrevistas semi estructuradas y trabajo etnográfico.

Los resultados muestran que las parteras profesionalizadas que participaron en este estudio son mujeres de entre 30 y 50 años de edad, que realizan su trabajo de manera individual o en grupos a través de asociaciones civiles, y su incidencia es local. Ellas llevan a cabo el ejercicio de su profesión mediante la atención al parto de manera domiciliaria; además, junto con sus asociaciones civiles forman a otras parteras por medio de proyectos educativos, además de impulsar proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación.

Su trabajo es reconocido por parte de las mujeres que buscan su atención y por su propia comunidad.

Las parteras entrevistadas se identifican como agentes políticos y, por el momento, no encontré un trabajo organizativo de tipo gremial entre ellas. En caso de querer organizarse, considero que las parteras tienen la oportunidad de aprender de los errores pasados y la opción de construir tanto un proceso identitario gremial, como de liderazgo que las posicionen como una buena opción, posible y deseable para la difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos –en especial, la atención del parto– no sólo en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, sino en nuestro país.

La recomendación es que dichos procesos los aborden con perspectiva de Género, en concreto, con lo que Valcárcel (2008) y Lagarde (2005) llaman *política de las mujeres*.

**PALABRAS CLAVES:** partera, partera profesionalizada, Género, política de las mujeres, organización.

## INTRODUCCIÓN

Las investigaciones sobre partería en nuestro país se han centrado sobre todo en las parteras indígenas, empíricas y tradicionales. Estos estudios se han hecho con diferentes enfoques, como los antropológicos, históricos, o sociológicos que describen su quehacer, mientras que otras investigaciones indagan sobre sus aportes e importancia cultural; sin embargo, son pocos los trabajos sobre parteras profesionalizadas.

Al respecto, encontramos los estudios realizados por Leslie Cragin y colaboradores (2007) quienes indagan sobre su formación académica. Tomando en la currícula escolar entre las parteras técnicas<sup>1</sup> egresadas del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende Asociación Civil A.C (CASA), y el de las licenciadas en enfermería y médicos generales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los autores las comparan con los lineamientos de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés), organización que establece 214 competencias que deben de tener las parteras, para poder atender un parto de manera segura. Las competencias están agrupadas en seis apartados, los cuales incluyen atención al parto, conocimientos en salud pública, educación y promoción de la salud, atención a emergencias, cuidados post natales y cuidado del recién nacido en los dos primeros meses. El estudio de Cragin y colaboradores (2007) muestra que las parteras técnicas cuentan con una currícula que las capacita de manera suficiente para la atención al parto.

Otro trabajo es el realizado por Dilys Walker y colaboradores en el 2011, quienes llevaron a cabo un estudio piloto en Guerrero y Oaxaca, que incluyó la participación de parteras técnicas de CASA en unidades médicas. Los autores comparan la atención entre enfermeras obstetras, médicos generales y parteras técnicas de CASA, y concluyen que las parteras están mejor capacitadas para la atención al

---

<sup>1</sup> Para ingresar a los estudios de partería técnica es necesario tener secundaria terminada o preparatoria, al terminar su formación como partera, se le da un reconocimiento oficial y una cédula profesional a nivel técnico. Este tipo de partera está reconocido en la Norma Oficial Mexicana O07 y ante la Secretaría de Salud.

parto y que pueden ser consideradas como la primera línea de atención en las unidades médicas.

A su vez, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en septiembre de 2018, presentó los resultados del proyecto Modelo Integral de Partería, en el que se recopila las experiencias de varios estudios sobre parteras profesionalizadas, señalando su importancia y pertinencia como primera línea de atención (INSP, 2018).

Las investigaciones mencionadas se han centrado en analizar las habilidades de estas parteras, la calidad y seguridad en su atención al parto, así como en la factibilidad para ser incluidas en las instituciones de salud; sin embargo, no hay estudios sobre la organización entre parteras profesionalizadas, de ahí la relevancia de la tesis que presento.

Hablar sobre parteras profesionalizadas implica en principio, dos cosas: en primer lugar, hacer un repaso histórico para entender el momento actual, y en segundo, reflexionar sobre el concepto mismo.

Es importante hacer un recuento a lo largo de la historia de nuestro país, puesto que los estudios formales sobre partería surgen desde la Colonia. La figura de la partera con estudios ha ido variando, desde ser una opción educativa como lo fue durante la Colonia y los años veinte-treinta del siglo pasado, hasta desaparecer, para dar paso en su lugar a los estudios de medicina y su especialidad en ginecología y obstetricia o la licenciatura en enfermería y obstetricia (Carillo, 1999; Pérez y Castañeda, 2012).

Es hasta 1994 cuando nuevamente surge la figura de la partera con estudios, cuando en Guanajuato se crea la escuela CASA, cuyas alumnas egresan como parteras técnicas con cédula profesional. En los años subsecuentes, los estudios de partería han vuelto a escena, ya sea en escuelas avaladas por el gobierno del estado como el caso de la escuela de Tlapa de Comonfort en Guerrero, inaugurada en 2012, o mediante otras opciones educativas a nivel privado como la escuela de Mujeres Aliadas en Michoacán o la licenciatura en partería y salud sexual de la Cruz

Roja en el estado de Morelos, las cuales por el momento no cuentan con validez oficial (López, Sánchez, Mendoza, en prensa; Vargas y Rosenthal, 2018).

Es así como los estudios de partería han oscilado entre existir como opción educativa, desaparecer y volver a existir; esto obedece a un contexto histórico complejo. Ana María Carrillo (1999) considera que la figura de la partera con estudios durante la época de la Colonia fue creada por el gremio médico con la finalidad de desplazar a las parteras indígenas. Por otro lado, Íñiga Pérez y María Cristina Castañeda (2012) ubican a las parteras con estudios como las precursoras, tanto de la partera técnica, como de las licenciadas en enfermería y obstetricia; figuras identificadas como parteras profesionales y cuya función en el México del siglo XIX y XX fue trasladar el parto domiciliario a los hospitales, con la idea de disminuir las muertes maternas.

Otro factor que complejiza la situación actual de las parteras con estudios es el marco normativo en nuestro país; pues si bien las normas contemplan la figura de la partera técnica como prestadora de servicios, éstas no cuentan con una regulación específica, por ejemplo, en lo que respecta a los lugares en los que pueden laborar, como las Casas de Parto<sup>2</sup>, o los requisitos que se necesitan para avalar los estudios de partería (Sánchez, 2018; Vargas y Rosenthal, 2018). Esto lo desarrollé con más profundidad y en colaboración con Georgina Sánchez y Héctor Mendoza en el artículo titulado “Professional midwives and their regulatory framework in México” que será publicado en la revista *Mexican Law Review* de la UNAM (López, Sánchez, Mendoza, en prensa).

Por otro lado, en el ámbito teórico hablar sobre la definición de partera profesionalizada implica un reto, porque si bien a nivel internacional existe una definición sobre partera profesional, propuesta por la ICM, ésta contrasta con la realidad mexicana, de tal modo, que cuando se hace referencia a las parteras profesionales en realidad no se sabe de quiénes hablamos, ¿de las parteras técnicas o de las enfermeras obstetras? Incluso, en México existen otras parteras

---

<sup>2</sup> Una Casa de Partos es un espacio no hospitalario en que se atienden partos de bajo riesgo y cuentan con lo necesario para hacerlo. Se habla más al respecto a lo largo de la tesis.



que realizan estudios de manera autodidacta, autoras como Robbie Davis Floyd (2001) y Hanna Laako (2017) las han nombrado parteras autónomas, de tal modo que el concepto de partera profesional se vuelve ambiguo.

Para dar respuesta a ello, elaboré una definición propia, *ad hoc*, con base en las definiciones existentes, como un ejercicio de tesis doctoral y propongo el concepto de parteras profesionalizadas para hacer alusión a aquellas mujeres que realizaron estudios sobre el embarazo, trabajo de parto, parto, post parto y lactancia, capaces de orientar y atender todos estos procesos. Es importante decir que estas mujeres se asumen de manera identitaria como parteras (independientemente de sus estudios originales), emplean la forma de atención de la partería y tiene una postura política activa en torno al nacimiento. Lo mencionado se desarrolla con mayor amplitud en el primer capítulo, es así, que en esta tesis hablaré de partería profesionalizada para hacer referencia a un proceso tanto de formación educativa, como de identidad.

Las parteras profesionalizadas pueden laborar en tres ámbitos: en una Casa de Partos, dando atención domiciliaria o a nivel hospitalario. Las casas de partos son espacios no hospitalarios en los que se atienden partos de bajo riesgo<sup>3</sup> y disponen de lo necesario para hacerlo; sin embargo, no cuentan con el marco normativo suficiente para operar de forma regular en términos legales, por lo que las parteras al desempeñarse en esos espacios se encuentran con dificultades para hacerlo, tal como lo manifiesta Georgina Sánchez (2016), el informe de la Fundación MacArthur (2013) y como ahondo sobre el tema en el planteamiento del problema de esta tesis.

A manera breve enlisto los diferentes conflictos a los que las parteras profesionalizadas se enfrentan en nuestro país: la falta de reconocimiento de la

---

<sup>3</sup> El parto de bajo riesgo es aquel que se prevé ocurrirá sin complicaciones. Para llegar a esta conclusión se toman en cuenta las revisiones mensuales de la madre y el embarazo, estudios de laboratorio como biometrías hemáticas, examen general de orina, exámenes de sangre que detectan infecciones de transmisión sexual y ultrasonidos; todos con resultados en parámetros normales, aunada a las exploraciones físicas en rangos normales. La OMS estima que de 100 partos se complique entre el 10 al 15% en el momento del trabajo de parto, es por eso que no queda exento de riesgo, acorde a lo mencionado, se emplea el término de bajo riesgo.

partería como profesión, la dificultad de insertarse en una institución de salud gubernamental, la imposibilidad de desempeñarse en una Casa de Partos, la limitación para expedir y firmar los certificados de nacimiento, y finalmente la dificultad de establecer contactos y atención con los servicios médicos u hospitalarios para la atención de emergencias (Escudero, 2015; Sánchez, 2016; Fundación MacArthur, 2013).

Frente a estos obstáculos surge mi pregunta de investigación ¿Existe, y en tal caso, cómo es la organización de las parteras profesionalizadas para poder solventar la problemática que afrontan, desde lograr una incidencia política hasta el reconocimiento de su profesión y su normatividad?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación empleé como marco teórico los conceptos que establecen Jean Cohen y Andrew Arato (2001) sobre organización y sociedad civil, pero desde el enfoque de Género y Salud.

Los autores Cohen y Arato (2001) mencionan que la capacidad de reunirse de una sociedad implica el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que fomenta un proceso de ciudadanía; es decir, sienta las bases para participar en la normativa que rige la vida cotidiana. Es así como, la organización hecha por la sociedad civil puede propiciar la movilización de los recursos, al igual que el reconocimiento de su identidad ya sea grupal o gremial (Cohen y Arato, 2001).

A su vez, el enfoque de Género y salud ayuda a ver, desde una óptica no neutra, las relaciones entre mujeres al interior de la organización, en este caso entre parteras profesionalizadas, las cuales presentan dificultades que en ocasiones son invisibilizadas y que es importante nombrar, puesto que no se presentarían los mismos obstáculos si se tratara de organización entre varones. Dichas dificultades pueden ser: la disponibilidad de tiempo, la forma en la que priorizan sus actividades o la manera de tener influencia política en su comunidad o frente a las instituciones de salud, y surgen como resultado de desempeñarse de acuerdo con roles hegemónicos de género, lo que autoras como Amelia Valcárcel (2008) y Marcela Lagarde (2005) conceptualizan como política de las mujeres, que ayuda a examinar

el impacto diferenciado en este hacer político entre organizaciones mixtas, de varones o solo de mujeres.

Este enfoque también analiza las relaciones de poder que se establecen ya sea entre parteras, en donde factores como la edad, la raza o la escolaridad, tienen un peso importante entre ellas; o bien frente al sector salud. En el caso de esta tesis empleé para ello el concepto de poder de Foucault (1987) y con base en estos conceptos (que se detallan en el marco teórico) hice el análisis de los resultados.

Utilicé una metodología cualitativa por dos razones: la primera que, como resultado de la casi desaparición de la partería, aún son muy pocas las que están en esta nueva era de la partería en el país; y la segunda, por el interés de conocer el punto de vista de las parteras sobre su organización y las acciones que ellas llevan a cabo para tener una influencia, tanto en su comunidad, como en su relación con las instituciones de salud.

En una primera etapa realicé trabajo etnográfico en el Congreso de la Unión en un evento de la Cámara de Diputados en noviembre de 2016, en la Ciudad de México (CDMX), en el 5º Foro Nacional de la Asociación Mexicana de Parteras (AMP) en diciembre 2017 y en dos foros estatales en Chiapas de la AMP (noviembre 2017 y febrero 2018).

En una segunda etapa realicé siete entrevistas semi estructuradas, de marzo a mayo de 2019; la metodología empleada respondió al objetivo planteado, que fue: Investigar, desde el enfoque de Género y Salud, cómo se organizan las parteras profesionalizadas para el reconocimiento y ejercicio de su profesión como acciones que influyen en la política de las mujeres, y repercuten en la atención al parto en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

De manera individual, las parteras profesionalizadas que participaron realizan alianzas con el personal médico de su localidad y forman grupos a través de *WhatsApp*. Llevan a cabo el ejercicio de su profesión mediante la atención al parto de manera domiciliaria; junto con sus asociaciones civiles forman a otras parteras a

través de proyectos educativos, y además impulsan proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación.

El reconocimiento de su trabajo es dado por las mujeres que buscan su atención y por su comunidad.

Las parteras entrevistadas se identifican como agentes políticos y por el momento, según las entrevistadas, el logro frente a la Secretaría de Salud es que la partería es tomada en cuenta en su agenda de trabajo. Tres de las parteras entrevistadas forman parte del movimiento Nichim Ixim y éste ha logrado llevar propuestas al Senado de la República, así como notificar a la relatora de Derechos Humanos sobre la situación en la que se encuentran las parteras de Chiapas.

Puedo concluir que las parteras que participaron en esta investigación son un grupo joven con la oportunidad de aprender de los errores pasados y tienen la opción de construir tanto un proceso identitario gremial, como de liderazgo que las posicionen como una buena opción, posible y deseable para la difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos –en especial, la atención del parto– no sólo en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, sino en nuestro país. La recomendación es que dichos procesos los aborden con perspectiva de género, en concreto, con lo que Valcárcel (2008) y Lagarde (2005) llaman política de las mujeres.

## DEFINICIÓN DE PARTERA PROFESIONALIZADA

Con el propósito de delimitar la investigación considero importante definir el concepto de partera profesionalizada, debido a que son ellas el foco de atención de este estudio, para esto realicé un análisis de las descripciones existentes, tales como la definición de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés), también la de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida; además del concepto de la Asociación Mexicana de Parteras (AMP).

Encontré que ninguna de las mencionadas se ajusta del todo al contexto mexicano actual, debido a que en nuestro país existe la partera técnica, la partera con licenciatura, así como algunas médicas y enfermeras obstetras que se denominan parteras profesionales. También los estudios de Davis-Floyd (2001) y Laako (2017) identifican otro tipo de parteras que se consideran autónomas, unas se forman de manera autodidacta, y otras tienen estudios ya sea de enfermería o de medicina pero que se asumen como parteras; de tal modo, definir quiénes son las parteras profesionales resulta ambiguo y a la vez complejo.

Mediante un proceso de reflexión y análisis, y con la finalidad de dar claridad, elaboré, como un ejercicio de tesis doctoral, una definición propia, *ad hoc*, con base en las ya existentes.

Para la ICM una partera profesional es:

Una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de "matrona"; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería (ICM, 2017).

Dicha definición no se ajusta al caso mexicano debido a que México cuenta solo con dos escuelas reconocidas a nivel oficial, la escuela de CASA en Guanajuato y la escuela de Tlapa del estado de Guerrero, la cual pertenece al estado.

Sin embargo, el programa educativo de formación para parteras no es reconocido en todos los estados del país, como muestra el trabajo de Georgina Sánchez (2016) en el que refiere que algunas entidades de la república contemplan la partería (ya sea a nivel técnico o como licenciatura) en su listado de profesiones y otros no. Sánchez (2016) documenta que algunas entidades federativas emiten cédulas profesionales después de realizar los estudios de partería, mientras que en otros estados ésta no es reconocida como una profesión.

Aunado a ello, no existe una normatividad clara y la reglamentación suficiente para ejercer esta profesión. Ejemplo de esto es la Norma Oficial de Competencias Laborales de la atención integral a la mujer y a la niña/o antes, durante y después del nacimiento por parteras, la cual no se publicó en el diario oficial de la federación a pesar de existir como propuesta desde 2007 (Sánchez, 2016:218). A partir de lo enunciado, como parte de esta investigación, surgió la necesidad de profundizar en los marcos legislativos, y producto de ello es el artículo “Professional midwives and their regulatory framework” in México, contemplado en el apartado de resultados.

En la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, publicada en abril del 2016, encontramos dos definiciones de parteras; ninguna de ellas para partera profesional; a saber: 1) La partera técnica, definida como 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; 2) la partera tradicional, entendida como la persona que pertenece a una comunidad indígena y rural que ha sido formada de manera empírica, 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 (NOM-007-SSA2-2016).

Entonces, no queda definido de manera explícita en la NOM-007-SSA2-2016 si la partera técnica es sinónimo de partera profesional.

En contraste la AMP tiene una definición amplia y descriptiva de lo que es una partera:

Una partera es una persona calificada para: acompañar orientar y atender a una madre durante su embarazo, parto y postparto desde una perspectiva humana, segura e íntima. Sigue los modelos de partería y atención humanizada con base en la más reciente evidencia científica. Honra y aplica los procedimientos tradicionales como la medicina herbolaria, el temazcal, baños medicinales y el uso del rebozo. Durante todo el proceso atiende con sensibilidad, responsabilidad y autonomía a la mamá y al bebé reconociendo las dimensiones espirituales, emocionales y físicas, aplica medidas preventivas, el cuidado integral de la salud, la detección de condiciones patológicas y la atención y referencia oportunas en caso de urgencia (AMP, 2016).

Vemos entonces que, tanto los conceptos de la NOM 007-SSA2-2016, como el de la AMP omiten el reconocimiento del trabajo de las parteras como profesión. Estimo importante esto, debido a que para las parteras su trabajo es una actividad remunerada y en algunos casos representa el ingreso económico que da sustento a su vida, además de que implica una dedicación laboral de tiempo completo; sin olvidar que estas mujeres asumen la responsabilidad de la atención al parto, que conlleva tanto la salud del recién nacido, como la de la madre.

Considero pertinente lo que menciona Laako (2017) sobre la importancia de reconocer que la palabra profesión connota un posicionamiento, incluso dentro de las mismas parteras, me parece que es la oportunidad para reflexionar sobre el concepto *profesión*, para ello retomaré a Eliot Freidson (2001) quien, desde la sociología de las profesiones, plantea ampliar los elementos para que un oficio sea considerado una profesión, e ir más allá de la escolarización o institucionalización como únicos elementos para dar el valor o la definición de una profesión.

Freidson (2001) plantea la necesidad de retomar el contexto socio histórico relacionado con la profesión que se desea estudiar, además de tomar en cuenta su

proceso de formación, escolarización e institucionalización, así como ponderar el valor que le da la sociedad a ese oficio y considerar la demanda dentro de la población; según el autor, con todos esos elementos se puede analizar si un oficio es, o no, una profesión.

Identifico que, si bien hay diferentes conceptos como el de partera profesional a nivel internacional, o el de partera técnica a nivel nacional, así como otras parteras que egresan con licenciatura que se nombran parteras profesionales, para esta investigación elaboro la definición de partera profesionalizada con base en el contexto mexicano actual, de este modo la entiendo como: Una persona que ha realizado estudios ordenados y sistematizados sobre el embarazo, trabajo de parto, parto, post parto y lactancia; capaz de orientar y atender sobre los temas mencionados. De tal modo, se da pauta para reconocer e integrar diversos caminos de formación académica, como los realizados por las parteras técnicas, las parteras con licenciatura, o las licenciadas en enfermería y obstetricia, médicas e incluyo a las que realizan estudios de manera autodidacta.

Tal como lo propone Freidson (2001), es necesario tomar en cuenta otros elementos para hablar de profesionalización, no sólo lo relacionado con la escolarización. En este caso, tomo a cuenta que son mujeres que realizan su trabajo desde la partería, la cual se manifiesta en las prácticas de atención o, dicho de otro modo, en la forma de atención, la cual sitúa a la madre como persona activa, sujeta de derechos, capaz de tomar decisiones, a la vez que brinda una atención basada en el respeto (AMP, 2016). Las parteras profesionalizadas conciben el parto como un proceso normal en la vida de la mujer, que tiene implicaciones culturales, sociales, familiares y personales.

En el siguiente apartado se ahonda más en el concepto propuesto.



## CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTERAS PROFESIONALIZADAS

Seguramente surge la pregunta ¿quiénes son estas parteras en México? para dar respuesta a ello y caracterizarlas, tomé como base los estudios de las autoras Robbie Davie Floyd (2001), Georgina Sánchez (2016), Ana Prado (2016) y Hanna Laako (2017) debido a que hablan de la partería profesional mexicana. Con base en sus investigaciones puedo afirmar que las parteras profesionalizadas son mujeres que dan atención al parto desde la partería, suelen ser de clase media y tienen diversas trayectorias educativas, ya sea con estudios formales o con estudios no académicos.

Es decir, algunas han estudiado medicina, otras, enfermería general, enfermería en obstetricia, enfermería perinatal o se formaron como parteras técnicas y realizan su práctica de atención al parto alejadas del modelo hegemónico<sup>4</sup>. Las que realizaron estudios no académicos son un grupo de mujeres quienes hicieron estudios ordenados y sistematizados sobre el embarazo, trabajo de parto, parto, post parto y lactancia, los cuales complementaron con la práctica y la guía de una mentora o partera guía.

Otras realizaron estudios de partería en el extranjero (ya sean estudios presenciales o por internet) complementados con horas de práctica supervisadas.

La autora Davis-Floyd (2001) describe los perfiles antes mencionados (médicas, enfermeras, parteras técnicas, parteras autodidactas) y enfatiza que dichas parteras trabajan de manera autónoma y algunas mezclan los conocimientos científicos con prácticas de partería empírica y terapias alternativas. Destaca que estos tipos de parteras cuestionan la atención medicalizada del parto desde una postura política que se ve reflejada en su participación en conferencias internacionales y nacionales, en virtud de promover otra forma de parir; y en su fomento al trato respetuoso, humanizado e informado del parto.

---

<sup>4</sup> Se le ha llamado así a la práctica médica centrada en la biomedicina en la que predominan las explicaciones biológicas, fisiológicas, la tecnología y la eficacia.

A su vez, la obra de Sánchez (2016) nos muestra la diversidad de formaciones académicas o no académicas de estas parteras, quienes desarrollan su trabajo en equipo entre doulas<sup>5</sup>, parteras autónomas, médicas y parteras técnicas, ya sea en Casas de Partos o de manera domiciliaria en un ámbito urbano.

También, Prado (2016) resalta la importancia de las parteras profesionalizadas y la necesidad de voltearlas a ver como personas clave, quienes ofrecen otra forma de atención al parto como una opción frente al parto medicalizado<sup>6</sup> a nivel ciudadano.

Tanto Davis-Floyd (2001) como Prado (2016) mencionan que las parteras profesionalizadas cuentan con la capacidad de trabajar, tanto en el ámbito urbano, como en el rural, y para las autoras, estas parteras también cobran singular importancia por su postura política, ya que cuestionan la forma de atender el parto hospitalario, hecho que ha llevado a Laako (2015) a considerarlas como las promotoras de un movimiento social en México.

Retomando los trabajos de Davis-Floyd (2001), Laako (2017), Sánchez (2016) y Prado (2016) encuentro que hay coincidencias en tres aspectos fundamentales:

- 1) En que dichas mujeres se asumen **a nivel identitario** como parteras, independientemente de su formación académica. Es decir, pese a que existen diversas trayectorias educativas, tienen en común que se desenvuelven como parteras y no sólo eso, se autodefinen y asumen como tales.

En los trabajos de las autoras citadas encontramos médicas o enfermeras que pasaron por un proceso de transformación identitaria, quienes cuestionaron su forma de atención al parto –desde la biomedicina– con el

---

<sup>5</sup> Son mujeres que acompañan el nacimiento, no atienden el parto. Suelen tener información sobre el trabajo de parto y parto, usan técnicas para disminuir el dolor, como el uso de aromas, masajes o música, conocen y promueven posiciones verticales para el nacimiento, además suelen dar contención emocional tanto a la madre como a la familia durante el parto.

<sup>6</sup> Se entiendo como medicalización, medicalizado/o, a los procesos en los que “cada vez mayor número y diversidad de condiciones, conductas y experiencias son categorizados como enfermedades o desórdenes y que por ende se incorporan al campo de los saberes y del ejercicio de los profesionales de la biomedicina. La medicalización implica la elaboración de categorías y estándares que informan normas, discursos y prácticas de ámbitos cada vez más amplios de la vida” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

que no se sentían cómodas puesto que reconocían el abuso de prácticas innecesarias, lo que les dio pauta para transformar o desechar conocimientos biomédicos y dar cabida a las prácticas de atención de la partería. En la atención al parto pueden combinar los conocimientos biomédicos con otras terapias (como acupuntura, herbolaria, etc.), sin embargo, el punto que quiero resaltar es la transformación identitaria, en la que se asumen como parteras, independientemente de su trayectoria educativa inicial.

2) El **modelo de atención** que ofrecen es el **de la partería**.

Es importante mencionar que, aunque una mujer se identifique y defina como partera, esto no es suficiente para suponer que lo es. Sobre todo, si recordamos que en ocasiones estas mujeres tienen estudios con una formación biomédica donde el parto se concibe desde la patología, más que como un evento fisiológico, es así, que cobra singular importancia que la atención que brinden sea conforme a la partería.

La AMP define la atención de partería como un modelo y para esto toma en consideración 4 pilares: a) El embarazo y parto son eventos fisiológicos, íntimos y trascendentales en la vida de una mujer y su familia. b) La mujer y el bebé son los protagonistas y merecen parir y nacer en un ambiente seguro, donde sean respetados sus derechos y necesidades. c) La partera acompaña a la mujer durante todo su ciclo de vida, cuidando su salud sexual y reproductiva y dando atención continua y de manera autónoma durante el embarazo, parto y puerperio. d) La partera trabaja dentro de la red del sistema de salud y con la habilidad de detectar, consultar y referir complicaciones y urgencias obstétricas de manera segura y oportuna (AMP, 2016).

Los espacios para la atención al parto pueden ser en la casa de la parturienta, en Casas de Partos o incluso en un hospital, por lo que se destaca que el entorno no es determinante para llevar a cabo la atención, sino más bien las prácticas y el posicionamiento entre la madre y la partera,

en el cual se busca tener un trato horizontal situando a la madre como persona activa, sujeta de derechos y capaz de tomar decisiones, de tal suerte que la atención se encuentra basada en el respeto (AMP, 2016).

Esta asociación considera como puntos clave dentro de este modelo de atención las siguientes prácticas: las mujeres reciben información sobre el embarazo, parto y puerperio –lo cual le da el poder a las madres de decidir dónde, cómo y con quién parir–, se da también información sobre apego temprano y lactancia materna inmediata. Las parteras realizan pinzamiento tardío del cordón umbilical, y ofrecen la posibilidad de integrar al padre o familiar en todo el proceso de embarazo, parto y lactancia; todos estos elementos interactúan entre sí para que la partera propicie el empoderamiento de la madre.

Las prácticas mencionadas son reconocidas también por el Instituto Nacional de Salud Pública y ellos lo han nombrado “modelo integral de partería”, el cual se centra en la forma de atención y va dirigido a evitar la medicalización excesiva en el momento del parto, así como a respetar las prácticas estipuladas, tanto en la NOM-007-SSA2-2016, como en las guías de práctica clínica para la atención del parto (INSP, 2018).

La atención que brindan las parteras profesionalizadas es de primer nivel, para partos de bajo riesgo, no obstante, se genera una ruta de emergencias llamada plan B, la cual consiste en elaborar un camino en caso de urgencia y tener acceso a un hospital de segundo nivel de ser necesario.

Un ejemplo de dónde y cómo trabajan las parteras profesionalizadas, es el que nos dan Cristina Alonso, Alison Banet y Janell Tryon (2015), quienes describen el modelo de partería de la Casa de Partos Luna Maya, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Según las autoras, Luna Maya ofrece servicios de salud para mujeres desde un enfoque “femifocal”, el cual toma como eje central el ciclo vital de la mujer; es decir, no se limita sólo a la atención del parto. El enfoque hace énfasis en

que no todas las mujeres desean ser madres y que los servicios de partería no sólo se centran en la maternidad, sino que pueden abarcar temas como la menstruación, el aborto, el climaterio o la menopausia. También ofrecen actividades adicionales en las que participan otros prestadores de servicios como: el acompañamiento psicológico a quienes han tenido un aborto, consultas pediátricas y consultas de desarrollo infantil en las que involucran a la pareja y/o a la familia de la embarazada (Alonso, Banet y Tryon, 2015).

- 3) **Tiene una postura política activa en torno al nacimiento.** Participan en foros, talleres y espacios donde difunden su forma de trabajo y cuestionan al parto hospitalario; buscan posicionar la partería como una opción más de atención, juntamente con organizaciones de madres que defienden el parto humanizado (notas de campo noviembre de 2016, noviembre y diciembre 2017 y febrero 2018).

Considero que los tres aspectos mencionados (identidad, forma de atención y postura política sobre el nacimiento) son elementos eje de la definición de partera profesionalizada que propongo, entonces:

Una partera profesionalizada es una mujer que se asume de manera identitaria como partera (independientemente de sus estudios originales), emplea la forma de atención de la partería y tiene una postura política activa en torno al nacimiento. Gracias a que tiene conocimientos ordenados y sistematizados sobre el embarazo, trabajo de parto, parto, post parto y lactancia, es capaz de orientar y atender sobre estos temas.

Al realizar su trabajo desde la partería, sitúa a la madre como persona activa, sujeta de derechos y capaz de tomar decisiones. La partera profesionalizada parte de una atención basada en el respeto pues concibe el parto como un proceso normal en la vida de la mujer, que tiene implicaciones políticas, culturales, sociales, familiares y personales.

Es así que, en esta tesis hablaré de parteras profesionalizadas para hacer referencia a un proceso tanto de formación educativa, como de práctica y de formación identitaria.

## ANTECEDENTES

Este apartado narra un recorrido a lo largo de la historia de la partería, que comienza con la partería prehispánica, ya que las parteras profesionalizadas, técnicas, así como las licenciadas en enfermería y obstetricia ubican ahí el nacimiento de su profesión, tal como lo mencionan las autoras Castañeda (1988), Carillo (1999), y Pérez y Castañeda (2012). El recuento histórico termina describiendo el panorama de la partería en el siglo XXI, dejando ver también, a lo largo de su narrativa, los roces entre médicos y parteras que se manifiestan en relaciones de poder con el detrimento y subordinación de las parteras.

Considero que el panorama histórico es de utilidad para evidenciar sucesos que pese al paso del tiempo se siguen repitiendo, y en otro aspecto, para dar luces en el entendimiento del presente, a la vez que ayuda a identificar y comprender fracturas dentro de la partería.

A continuación, se desarrolla de manera más amplia la parte histórica, la cual si bien no pretende ser exhaustiva, sí busca dar un bosquejo general.

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PARTERÍA EN MÉXICO

Imelda Castañeda (1988) realiza una cronología de la partería desde la época prehispánica en el imperio Azteca, hasta el siglo XX en el Valle de México. Refiere que en el siglo XVI en México Tenochtitlán la atención del ciclo materno infantil estaba a cargo de la Tlamatquicitl, cuyas funciones iniciaban cuando la mujer embarazada solicitaba su ayuda, lo que implicaba aceptar visitas periódicas a su domicilio y recibir pláticas encaminadas a dar orientación sobre el embarazo a los padres y madres.

Igualmente, autoras como Íñiga Pérez y María Cristina Castañeda (2012) consideran que los precedentes de la partería provienen de la herencia de la época prehispánica, en donde además del seguimiento del embarazo, la preparación al parto y la asistencia al parto, las parteras tenían otras funciones, tales como:

enterrar el cordón umbilical cerca del fogón, si la recién nacida era mujer, con el propósito de que “se aficionara a su casa”; si el recién nacido era varón, el cordón umbilical se le entregaba a un guerrero para que lo enterrara en un campo de batalla, con eso “era ofrecido y prometido al sol y a la tierra” (Pérez y Castañeda, 2012:3).

Las mismas autoras mencionan que concluido el nacimiento, la partera daba recomendaciones para el cuidado de la mujer y para la lactancia, adicionalmente la partera tenía conocimientos para tratar abortos, además de realizar actividades rituales con un valor simbólico (como el relacionado con el cordón umbilical); por sus conocimientos y habilidades, la Tlamatquicitl era considerada sacerdotisa y educadora en salud.

Las actividades de las parteras varían conforme cambia el contexto y período histórico en el que se encuentran. Siguiendo con la línea del tiempo, en la época Colonial (1524 a 1805) después de conquistada la capital del imperio azteca se inicia la evangelización de los pobladores. En esa época la Tlamatquicitl fue objeto de persecución por su representación religiosa, sin embargo, Castañeda refiere que la atención al parto se continuó de forma clandestina por parteras empíricas, indígenas que atendían principalmente a las mujeres de su comunidad (Castañeda, 1988).

En 1582 se construye el primer lugar para la atención de los padecimientos de la mujer en la Nueva España, en éste se creó la primera Casa de Cuna; la cual fue desplazando paulatinamente el lugar de la Tlamatquicitl, ya que en ella igualmente se atendían los padecimientos de mujeres y niños, pero con un enfoque médico.<sup>7</sup> (Castañeda, 1988).

En 1750 en España y sus dominios –entre ellos la Nueva España– se instituye la figura para examinar y vigilar las actividades realizadas por las parteras por medio del Real Protomedicato, cuyo objetivo era regular el ejercicio profesional de los

---

<sup>7</sup> El enfoque médico se refiere, a que la atención del parto se hace en la Casa de Cuna y no en el domicilio de la parturienta, por lo cual los rituales relacionados al parto no se podían hacer.



médicos, boticarios y parteras. A su vez, el objetivo era ir remplazando a las parteras empíricas por parteras con conocimientos formales, los que se podían estudiar bajo la tutela de personal médico, tal como lo refiere Carrillo (1999). “Con la formación de parteras profesionales se buscaba remplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos, que permitiesen a éstos el acceso a embarazadas, parturientas y puérperas” (Carrillo,1999:170).

El seguimiento de las parteras por el Protomedicato buscaba vigilar su trabajo con la intención de que la profesión médica (hasta ese entonces exclusiva de varones) tuviera acceso al cuerpo de las mujeres, debido a que hasta ese momento las únicas que podían hacerlo, en situaciones de enfermedad o embarazos, habían sido las parteras.

Para que las parteras fueran examinadas y autorizadas para atender los partos, tenían que cumplir con varios requisitos, tales como “haber estudiado con un maestro aprobado, presentar certificado de pureza de sangre y testimonios de buena conducta, además de depositar 63 pesos” (León 1910, citado por Carrillo, 1999:168).

En 1833 se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, en donde se impartía la cátedra de medicina y cirugía, y una cátedra para formar parteras. Los requisitos para estudiar partería profesional fueron cambiando, por ejemplo, en 1893 se pidió que hablaran francés, con la justificación de que los textos a estudiar estaban en esa lengua (Pérez y Castañeda, 2012) y en otro momento se pedían conocimientos de geometría (Carrillo, 1999).

Ana María Carrillo (1999) muestra cómo en el siglo XIX la partera profesionalizada desempeñaba una actividad subordinada a la profesión médica, ya que los médicos eran quienes capacitaban, determinaban el tiempo de formación (2 años de estudios para las parteras y uno para los estudiantes de medicina), evaluaban y finalmente determinaban cuáles actividades podían desempeñar las parteras y cuáles no.

Las parteras profesionalizadas estaban capacitadas sólo para la atención de partos normales. Si se presentaba una complicación, era forzoso que llamaran a un cirujano para la atención del parto. Además,

la partera, por la asistencia a un parto, en el que debía permanecer hasta 36 horas y disponer a la mujer para el acto del parto, recibir al recién nacido, fijar y cortar el cordón umbilical y esperar la salida de las secundinas, estaba autorizada a cobrar ocho pesos... (Carrillo, 1999:183).

Pérez y Castañeda (2012) mencionan que, durante un tiempo, los estudios de partería tuvieron una duración de dos años, luego de tres años, y se podían cursar como carrera técnica. Durante el siglo XIX no era necesaria la carrera de enfermería para cursar la de partera, situación que cambió después.

En el siglo XX, a partir de 1911, se pedía estudiar enfermería como requisito previo para después estudiar partería. Castañeda (1988) considera el florecimiento de la partera profesionalizada entre 1920 y 1950, debido a que se podía estudiar partería y egresar con el título de partera, con la posibilidad de ser contratada en alguna institución de salud, con goce de sueldo y también se podía prestar servicios en los hogares de las parturientas.

Las autoras Pérez y Castañeda (2012) nos describen que:

En 1960 se inició, primero, el congelamiento de plazas de las parteras; segundo, el cambio de sus funciones en las instituciones de salud; ya no les permitieron realizar la atención de los partos, sólo ayudaban al médico durante el evento obstétrico (Pérez y Castañeda, 2012:11).

En consonancia, Castañeda (1988) refiere que en 1962 se reestructura la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, fenómeno que aunado al congelamiento de las plazas en las instituciones de salud dio como resultado que la profesión de partera se diluyera en el tiempo.

Este breve recorrido histórico nos permite ver lo que Carrillo (1999) llamó “el nacimiento y muerte de una profesión”, hasta el resurgimiento de la profesión en

México a finales del siglo pasado con la creación de escuelas de partería como CASA, Luna Llena o la escuela de Tlapa en Guerrero, las cuales surgen como respuesta a mujeres que buscan una atención al parto diferente a la médica-hospitalaria, de las cuales hablaré más adelante por tratarse de un fenómeno contemporáneo.

Pero ¿qué relación existe entre el desarrollo, el ocaso de la partería y la medicina dominante?

## **UN BOCETO DEL PANORAMA MUNDIAL DEL SIGLO XVI AL XIX DE LA MEDICINA HEGEMÓNICA Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES**

Descartes (1596-1650) fue uno de los personajes que cuestionó el conocimiento de su época –conocimiento basado en la religión– y trabajó en lo que posteriormente serían las bases del método científico, así como el pensamiento racional. Su propuesta fue “la duda metódica”, la cual se centraba en cuestionar todo pensamiento que se tuviera, para así generar un proceso mental, racional que pudiera discernir entre las ideas falsas, imaginativas o producto del sueño.

Se preocupó por el orden y la metodología del pensamiento, en sus estudios separó el pensamiento, del cuerpo y de Dios; le otorgó gran importancia a los procesos racionales, dejando de lado las experiencias que se pudieran aprender a través del cuerpo, debido a que éstas eran consideradas subjetivas y llenas de emociones (Hernández y Salgado, 2011).

Todo esto generó un parteaguas donde la razón tuvo –y tiene– un gran peso en los estudios de los siguientes siglos. A la par, entre los siglos XVI y XVIII ocurría la destrucción de otro tipo de conocimiento, el de las mujeres.

Emplearé el texto de Norma Blázquez (2008) como referencia histórica para ejemplificar la desacreditación de los saberes femeninos. La autora menciona que la palabra bruja hace alusión a mujeres que poseían algún conocimiento, como las

cocineras, las perfumistas, las parteras, las curanderas o las nodrizas; a quienes se les relacionaba con prácticas, ritos o cultos paganos, asociados con “el diablo”.

Las cocineras conocían la forma de elaborar alimentos, además de reconocer las propiedades curativas de algunas hierbas. Las perfumistas tenían saberes acerca de las propiedades de las plantas, tanto de su forma aromática, como las que podían ser venenosas y empleaban técnicas de alquimia para la extracción de las esencias (Blázquez, 2008). Las curanderas elaboraban y usaban remedios para tratar diversas enfermedades, las nodrizas participaban en la alimentación del recién nacido. Las parteras, por su parte, se centraban en conocimientos relacionados con el ciclo vital de las mujeres, en especial el embarazo, el parto y el puerperio, así como los abortos, entre otros.

Es decir, todas ellas eran mujeres que poseían conocimientos especiales, un oficio que les generaba una remuneración económica y, sobre todo, tenían una presencia e importancia en la comunidad (Blázquez, 2008).

Blázquez (2008) describe que tanto el Estado, como la Iglesia querían poseer y regular los conocimientos femeninos, en especial, el relacionado con la fertilidad de las mujeres, ya que influían en el control de la población; por lo que se realizaron persecuciones que podían culminar con la muerte de las mujeres con conocimientos, con el objetivo de desacreditarlas o desalentar a la población en su búsqueda de atención con ellas. La autora concluye diciéndonos que:

La cacería de brujas coincide en el tiempo con el periodo en el que surge la ciencia, abarca el final de la Edad Media, el Renacimiento, y se extiende hasta el siglo XVII, periodos clave en la edificación de la ciencia moderna. Esto significa que ocurrieron simultáneamente dos fenómenos. Por una parte, la destrucción de una línea de conocimientos: el de las mujeres y, por otra, el nacimiento de otra forma de conocimientos que acompaña el desarrollo de la civilización occidental, que surge con una marca distintiva: la ausencia de mujeres (Blázquez, 2008:32).

También Georgina Sánchez (2010) hace un recorrido histórico general y luego lo enfoca en México, donde narra cómo los conocimientos de las mujeres se fueron

desacreditando a lo largo del tiempo hasta perder su “validez”. Sin embargo, deja claro que los saberes femeninos persistieron y perduraron por medio de transmisión oral, lo que generó prácticas empíricas que fueron consideradas poco formales frente al conocimiento racional y técnico asociado con los varones.

En el caso de México ocurrió un sincretismo generado por la Conquista, entre los saberes prehispánicos y los españoles. Sánchez (2010) nos ejemplifica cómo desde mediados del siglo XVI –y hasta la fecha– los conocimientos de las mujeres fueron desvalorizados debido al predominio de las ideas occidentales (como desacreditar los conocimientos herbolarios).

Esta autora nos habla de cómo dicha desacreditación de los saberes tradicionales ha llevado a las mujeres, en la actualidad, a buscar tratamientos medicalizados en una ambivalencia entre la confianza/desconfianza frente al personal de salud. Es decir, algunas depositan “toda su confianza” en el médico/a colocándose como pacientes, no como agentes sociales que pueden tomar decisiones relacionadas con su salud, quedando como receptoras de indicaciones; o bien, la desconfianza que pueden tener hacia el personal de salud ya sea porque son varones quienes las atienden, o por la mala calidad de la atención, ya que los servicios de salud no son culturalmente apropiados.

Dicha autora nos propone, finalmente, cuestionar los saberes actuales relacionados con el modelo médico hegemónico, y así repensar y revalorar los conocimientos alternos, sobre todo los que tienen las mujeres.

En ese sentido, Mercedes Alanís-Rufino (2009) realiza una investigación histórica abarcando de 1861 a 1905 sobre la relación entre los médicos y las parteras en el Hospital de maternidad e infancia en la Ciudad de México. Ella menciona que, como resultado de la secularización, el cuidado y tratamiento de los enfermos pasó de ser un servicio que proporcionaba la iglesia a manera de caridad, a ser una función del Estado, y a partir de ello, el parto dejó de ser un acto privado, domiciliario y familiar, para convertirse en un proceso transferido hacia los hospitales de maternidad.

Las mujeres que llegaban al hospital eran las que no contaban con recursos económicos para contratar a una partera, por lo que acudían a la maternidad, donde estaban, tanto los médicos, como las parteras. El hospital de maternidad e infancia de la Ciudad de México, además de brindar la atención al parto, tenía como finalidad la formación de médicos y parteras, por lo que las mujeres que acudían ahí eran objeto de práctica clínica para los/las estudiantes (Alanís-Rufino, 2009).

Laura Cházaro (2005 y 2011) y Alanís-Rufino (2009) coinciden en que la convivencia entre médicos y parteras fue conflictiva, tanto para los médicos, como para las parteras y las mujeres. Ambas autoras documentan que las mujeres se quejaban del trato que recibían en el hospital de maternidad e incluso protestaron ante la directiva; uno de los descontentos eran el gran número de tactos vaginales que se les hacía con la justificación de revisarlas y con la idea de que aprendieran los/las estudiantes.

En la atención del parto trabajaban juntos personal médico y parteras, lo que generaba conflictos relacionados con las jerarquías, ya que las parteras eran vistas como subalternas de los médicos, aunque realizaran las mismas actividades o incluso tuvieran más responsabilidades o experiencia (Alanís-Rufino, 2009).

La autora nos muestra que hubo reconocimiento de los médicos hacia las parteras; sin embargo, ante las mujeres, los médicos (varones) eran los que se posicionaban con liderazgo, al calificar sus conocimientos como objetivos, neutros, ajustados al método científico, y alejados de los conocimientos empíricos de las matronas.

Conforme se consolidaba la profesión médica, ésta era promocionada como ideal de atención, apegada al método científico donde se valoraba la razón y era sinónimo de modernidad; por lo que se fue limitando el trabajo de las parteras, de ser un trabajo conjunto se transformó en algo auxiliar (Cházaro, 2011 y Alanís-Rufino, 2009).

No obstante, este posicionamiento de neutralidad cobijado por la razón y el empleo del método científico dentro de la ciencia médica es cuestionable. En este apartado también quiero hacer notar cómo la medicina ha incorporado valores

socioculturales, los cuales se permean del contexto histórico en el que se sitúan, tal como menciona Teresa Ortiz (2002): “La ciencia en general y la ciencia médica en particular ha incorporado e incorporan valores sociales en su proceso de elaboración... El seguimiento del método no garantiza la ausencia de valores” (Ortíz, 2002:30).

Para fortalecer su argumento, esta autora realiza un análisis del discurso de diversos documentos históricos sobre medicina, en especial, los que hablan del cuerpo de la mujer; retomando la perspectiva de género, hace notar el androcentrismo en los textos médicos. Por ejemplo, cuando se toma como referencia el cuerpo del hombre (varón) como sinónimo de lo humano y desde ahí se hacen las alusiones “al cuerpo”, como si el cuerpo de las mujeres no existiera u ocultando la variedad de cuerpos posibles. O cuando los órganos sexuales femeninos se equiparan con los masculinos y se nombran así: “los testículos femeninos” (Ortíz, 2002:34).

También nos hace notar cómo la academia médica busca “fundamentos científicos” para legitimar, tanto su práctica, como su discurso cargado de valores. En los textos que investiga Ortiz encuentra que el cuerpo de la mujer es ilustrado con proporciones pequeñas, infantilizado; o que ahí se promueve la idea de que el cerebro de las mujeres es más pequeño que el de los varones, hasta llegar a la justificación de la procreación como fin último de las mujeres.

Finalmente refiere que:

El androcentrismo y la tendencia a describir la naturaleza y la patología humana a partir de las relaciones sociales establecidas entre los sexos sigue siendo una práctica corriente en las investigaciones que se transmiten en las universidades... (Ortíz, 2002:38).

Otro ejemplo de cómo las prácticas médicas, –no siempre correctas– se implementan, la da Cházaro (2011) al demostrar cómo la raza y el sexo se convierten en objeto de estudio para los obstetras de 1864 y finales del siglo XIX.

En ese contexto –y hasta la fecha– las categorías de sexo y raza dieron origen a diversos estudios donde se ligan algunas patologías con ambas categorías.

El referente de la medicina de esa época eran las escuelas europeas y desde ahí se construyeron las ideas de *normalidad*. Cuando los datos clínicos no coincidían con esos supuestos criterios de normalidad, los médicos mexicanos apelaban a las peculiaridades de sexo o raza como propias de nuestro país. En ocasiones incluso, tales diferencias eran catalogadas como enfermedad, sin ser necesariamente cierto, como el caso de las pelvis mexicanas que fueron catalogadas como estrechas, por lo que se justificaba el uso y abuso de fórceps (Cházaro, 2005 y 2011). Además de ello, la medicina mexicana en general quedaba como subalterna en comparación con la medicina europea, considerada en ese momento como el referente de modernidad, científicidad y verdad.

Para cerrar el apartado retomaré el texto de Olivia López (2008), donde muestra cómo la medicina fue construyendo una idea de cuerpo femenino –centrada en el útero–, al cual se le atribuyeron explicaciones anatómicas, fisiológicas y atributos socioculturales que dieron origen a los conceptos de normalidad y enfermedad en las mujeres, influyendo en su construcción de persona, no sólo entonces, sino hasta nuestros días.

La autora nos dice que la ginecología de esa época reconocía que el útero tenía varias localizaciones anatómicas (centradas, curvadas hacia enfrente, curvadas hacia atrás); no obstante, los criterios médicos divergían entre los que consideraban las posiciones como normales y los que las consideraban patológicas. Sin embargo, coincidían en que en este órgano se situaba la “naturaleza femenina”, la cual era representada por los médicos como: pasiva, emotiva, débil, o propensa a enfermarse, y desde ese enfoque se veía, analizaba y trataba a las mujeres (López, 2008). Dicho discurso permeó las representaciones del cuerpo de la mujer tanto en el gremio médico como dentro de la población. Aunado a esto la autora nos menciona que:



A lo largo de todo el siglo la medicina académica buscó incesantemente cumplir con los lineamientos estipulados por la ciencia positiva: el uso de las matemáticas, la objetividad de los datos y la creación de teorías que explicaran los fenómenos patológicos (López, 2008:157).

Vemos entonces cómo, siguiendo los lineamientos del método científico postulados por Descartes, los estudios médicos se fueron posicionando poco a poco dentro de la población por encima de los saberes de las parteras, a la vez que se propició la consolidación de las instituciones médicas.

En síntesis, los elementos históricos que contribuyeron a la desvalorización de la partería fueron: 1) Se valoró más el conocimiento científico frente a otros saberes, 2) Dentro del conocimiento científico predomina el androcentrismo y 3) se generaron luchas de poder entre el conocimiento que tenían los hombres frente al de las mujeres. Todo lo mencionado dio las bases para crear posiciones jerárquicas entre médicos, parteras y las mujeres, así como un imaginario dentro de la población relacionado con la atención al nacimiento.

## **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL SIGLO XIX**

En los párrafos anteriores he descrito brevemente los orígenes históricos de la partería, su proceso de profesionalización, así como su dilución tiempo después, para dar cabida a la gineco obstetricia como la disciplina encargada de la atención al parto; es necesario decir, además, que dichos sucesos se acompañaron de políticas públicas y demográficas que repercutieron, tanto en la población, como en el trabajo de las parteras.

Después de la independencia de México en 1821 se buscó aumentar la natalidad de la población con políticas demográficas pro-natalistas (para más información ver Sánchez, 2016:23-31) en donde la atención al parto era dada por parteras, tanto en el medio rural, como en las ciudades nacies.

Como resultado de este proceso de independencia surgieron diferentes instituciones en el país, como el sistema de salud mexicano y de la seguridad social, con los cuales el parto se trasladó a los hospitales, sobre todo en el área urbana, y para la clase media, trabajadora (Castañeda, 1988). Sin embargo, la población urbana que no contaba con seguridad social se atendía con la partera, en su domicilio, al igual que en el área rural donde atendía la partera empírica o tradicional. Esto pone de manifiesto la diversificación de la partería, así como el hecho de que la atención a la población que brindaban las parteras respondía a categorías de clase, etnia y lugar geográfico.

Aunado a esto estaban los altos porcentajes de muertes maternas que ocurrían tanto a nivel urbano como rural –en 1990 se registraron 88.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (Freyermuth, 2016) –. Como respuesta a ello, el Estado promovió la atención al parto por personal médico en clínicas de salud o a nivel hospitalario. Además de que en la década de los setenta –en consonancia con los lineamientos internacionales– cambiaron las políticas demográficas en México, de ser pronatalistas, a promover el control de la natalidad, haciendo hincapié en la planificación familiar, y enfatizar la atención del nacimiento a nivel hospitalario, bajo el argumento de que ésta sería la estrategia para disminuir las muertes maternas (Sánchez, 2016).

Vemos así, cómo en este panorama entran en juego diversos elementos, tales como: las políticas internacionales, las políticas nacionales, los servicios de salud para la atención al parto y la morbilidad de la población, cuya interacción da como resultado que cambie la atención al parto; de ser domiciliario, atendido en su mayoría por parteras (ya sea empíricas o parteras con estudios) se modifica por la atención al parto dentro de los hospitales como primera opción deseable.

## **PARTERAS PROFESIONALIZADAS EN EL MÉXICO DEL SIGLO XXI**

En el apartado anterior vimos cómo en el siglo XVIII surge la idea de profesionalizar a las parteras –con estudios– reconocidas como parteras profesionalizadas, para

posteriormente hacer un movimiento contrario hasta la desaparición de la matrícula escolar, aunada a la eliminación de las plazas de parteras en las instituciones del sector salud, con la idea de que desapareciera la profesión en el siglo XX para dar entrada a la gineco-obstetricia en nuestro país.

Sin embargo, dicho fenómeno –de desaparecerlas en el país– no sucedió. Actualmente se han vuelto a formar escuelas para parteras profesionalizadas; las cuales, surgen, en parte, como respuesta a las mujeres que buscan una atención del parto distinta a la atención médica, fuera del ambiente hospitalario; debido a que ahí aumentan las posibilidades de recibir mala atención por el personal sanitario o de tener una cesárea (Prado, 2016). Y en parte, respondiendo también a las políticas internacionales, como la postulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que retoma la formación de parteras profesionalizadas como pieza clave, sobre todo, en el combate a la muerte materna y para mejorar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas.

A continuación, expondré tres ejemplos del resurgimiento de estas escuelas para parteras en el país. Una de ellas ha sido la de CASA, la cual se fundó en 1997 en Guanajuato, como Hospital de Maternidad de CASA y como una opción de atención para la población.

En entrevista realizada a la directora de la institución en julio del 2015, comentó que fueron las parteras tradicionales quienes pidieron capacitaciones a CASA para mejorar la atención al parto; añadió “a partir de ahí, surge la necesidad y la idea de formar la escuela de parteras, la cual fue fundada en 1997”. También informó que hasta el momento de la entrevista se habían formado 16 generaciones, con un total de 111 parteras egresadas.

Es una escuela técnica incorporada a la Secretaría de Educación Pública y también reconocida por la Secretaría del Trabajo, que busca formar a mujeres como parteras técnicas. Los requisitos para ingresar son: ser mujer, tener la secundaria terminada, edad mínima de 18 años, y tener disponibilidad de vivir en San Miguel de Allende

(SMA) durante los 3 años que dura la carrera. Las egresadas durante su formación adquieren habilidades para desarrollarse en tres espacios: a nivel hospitalario ya sea en la zona rural o en la urbana, de manera independiente dando atención de manera domiciliaria o en una Casa de Partos.

Otro ejemplo es la escuela de Parteras profesionalizadas del Estado de Guerrero, la cual inició sus actividades el 20 de agosto de 2012 en la zona de la Montaña en Tlapa de Comonfort. De acuerdo con la página web del Gobierno del Estado de Guerrero en la nota informativa del Secretario de Salud del Estado, Mazón Alonso, mencionaba que:

La Escuela de Parteras profesionalizadas inició operaciones con 9 profesoras y 29 alumnas... subrayó la importancia de capacitar a jóvenes guerrerenses para que se formen como profesionales expertas en la atención del parto, puerperio y atención perinatal, habilidades que van a servir para brindar calidad de vida a quienes lo necesiten en las comunidades de donde son originarias una vez que finalicen su formación (Secretaría de Salud de Guerrero, 2012).

Otra experiencia educativa nos la ejemplifica María de los Ángeles Torres y Severino Rubio (en el año 2002) con la escuela de partería indígena Luna Llena.

El modelo educativo fue el producto de una serie de cursos sobre derechos reproductivos y derechos de las mujeres indígenas realizados de 1999-2002... la idea de crear una escuela indígena de parteras tradicionales surge por la necesidad de seguir contando con este recurso humano en las comunidades indígenas... es un modelo educativo centrado en la persona, incluyente del varón, con una visión de género, de respeto, de atención integral y humanizada (Torres, Rubio, s/f:16).

Estos autores mencionan que la capacitación se lleva a cabo en 2 años, con encuentros mensuales de 5 días durante 10 meses al año y seguimiento en la comunidad. Actualmente cuenta con el reconocimiento oficial del estado.

Como podemos ver, las escuelas mencionadas: CASA, Luna Llena y la escuela de Tlapa, tienen en común la propuesta de atención al parto por parteras profesionalizadas, sin embargo, cada escuela parte de situaciones particulares.

Es decir, la escuela de Tlapa busca formar en específico jóvenes rurales, de preferencia indígenas que a su egreso den atención en lugares rurales con la idea de mejorar la calidad de la atención, de disminuir las limitantes de acceso a los servicios de salud y la muerte materna, al igual que Luna Llena; no obstante, una es impulsada por el Estado y cuenta con reconocimiento oficial, mientras que la otra surge de una organización de la sociedad civil y no cuenta con reconocimiento oficial.

Lo anterior contrasta con CASA en donde se acepta a cualquier mujer, no necesariamente indígena, para cursar los estudios de partería y fue la primera escuela de partería del siglo XX con reconocimiento oficial, aun siendo una escuela impulsada por una organización civil. Dichas características tal vez influyen en el perfil de sus egresadas y en su forma de atención al parto, quizás las diferencias contribuyen a la heterogeneidad entre las parteras profesionalizadas.

Además de las escuelas mencionadas, han surgido organizaciones civiles y Casas de Parto que promueven la atención del nacimiento de manera domiciliaria o fuera del ambiente hospitalario, también dan información sobre el parto, ya sea por medio del internet, de talleres o de consultas prenatales, ejemplo de estas son: Luna Maya Chiapas, Luna Maya DF, TICIME, entre otras.

Por otro lado, la autora Davis-Floyd (2001) realizó un trabajo de investigación, en el que caracteriza a otro tipo de parteras: las parteras postmodernas o autónomas, cuyas características principales son que emplean para la atención del parto conocimientos de la medicina biomédica, como las tecnologías para el seguimiento del embarazo o trabajo del parto, junto con terapias alternativas como la herbolaria, la acupuntura o la homeopatía.

Además, se desempeñan fuera de las instituciones oficiales de salud, es decir que pueden dar atención, siguiendo el modelo de partería, en la casa de la parturienta, o en Casas de Parto, ya sea en sitios rurales o urbanos. También la autora enfatiza la postura política que tienen estas parteras frente al nacimiento, ya que participan activamente en foros nacionales e internacionales donde promueven partos

respetuosos, fuera de los hospitales; este conjunto de características lleva a Davis-Floyd (2001) a hablar de parteras autónomas.

Considero importantes los aportes de la autora debido a que sitúa y caracteriza a un tipo de parteras que no se habían visibilizado y también encarnan la partería del siglo XXI en nuestro país, ante ello me pregunto si acaso son estas parteras las que promueven la organización entre parteras profesionalizadas, y si su participación en foros internacionales tiene repercusiones en la agenda política de nuestro país, reflejadas en la atención del parto.

En lo que respecta a la seguridad y calidad de la atención por parteras profesionalizadas, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con financiamiento de la Fundación MacArthur realizó tres proyectos sobre partería profesional del 2015 al 2018, los cuales tuvieron como objetivo indagar en: 1) la seguridad y calidad en la atención del parto, 2) la factibilidad de incluir el modelo de partería en las instituciones hospitalarias, así como en 3) la aceptabilidad del modelo de partería por parte de las mujeres embarazadas. Al conjunto de dichas investigaciones se le llamó “modelo integral de partería”, cuyos resultados aseveran la seguridad del modelo, así como su pertinencia en los hospitales. Demuestran que la atención por parteras profesionalizadas disminuye los costos de atención al nacimiento, además de que éstas realizan menos intervenciones innecesarias, ya que evitan el uso de sueros, sondas, episiotomías, uso de anestésicos u oxitócicos. Además, según las investigaciones, el modelo integral de partería promueve la deambulación de la embarazada, la libre postura para parir, la lactancia materna inmediata, así como el autocuidado durante el embarazo. Los resultados mencionados fueron presentados en el mes de septiembre de 2018 en un seminario realizado en Morelos.

Así mismo, autoras como Cragin y colaboradores (2007) realizaron un estudio en el que compararon la currícula escolar<sup>8</sup> entre médicos generales, licenciadas en

---

<sup>8</sup> La comparación la hicieron entre la currícula de las escuelas mencionadas frente a los lineamientos de la Confederación Internacional de Matronas, organización que establece 214 competencias que deben de tener para poder atender un parto de manera segura. Las competencias las agruparon en seis, los cuales incluyen la atención al parto, conocimientos en salud pública, educación y promoción de la salud, atención a emergencias, cuidados post natales y cuidado del recién nacido en los dos primeros meses

enfermería y parteras técnicas conforme a las competencias laborales que fija la ICM. Los resultados fueron que la mejor currícula fue la de las parteras técnicas, luego las licenciadas en enfermería y finalmente la de los médicos generales.

A su vez, Walker y colaboradores (2011) implementaron un modelo piloto de atención en tres unidades médicas rurales de la secretaría de salud en Guerrero y Oaxaca, en el que compararon la calidad de la atención entre médicos generales, licenciadas en enfermería y parteras técnicas. Los resultados mencionan que las más capacitadas para la atención del parto de bajo riesgo fueron las parteras técnicas, seguidas de las licenciadas en enfermería y por último los médicos generales. Aunado a que las parteras técnicas lograron un mejor seguimiento del control prenatal, postparto y lactancia de las mujeres que acudían a las unidades médicas. Con ello las autoras mencionan los beneficios de la atención al parto por parteras técnicas (Walker, et al., 2011).

Todo este panorama nos deja ver que para el siglo XXI hay un re-impulso de la partería profesionalizada en México; justo de lo que Graciela Freyermuth e Hilda Argüello hablan en su trabajo titulado “Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México” (2015).

Con ello concluimos que la partería profesionalizada vuelve a surgir a finales del siglo XX y en el siglo XXI, ya sea por la demanda de las mujeres que buscan una atención al parto diferente a la médica-hospitalaria, o como respuesta a los lineamientos internacionales que buscan promover la partería, tal como lo estipula la OMS y UNFPA, en su proyecto parteras para 2030 (UNFPA, OMS, ICM, 2014).

### **CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: EL CASO EMBLEMÁTICO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA A.C. (AMP)**

Al inicio de la investigación se tenía como personaje clave la Asociación Mexicana de Partería A.C (AMP) puesto que era la organización que representaba a la partería en nuestro país; sin embargo, su conformación ha tenido cambios profundos en poco tiempo: de lograr un gremio de parteras –que agrupaba todo tipo de parteras–

a disolverse debido a las divisiones interna relacionadas con diferentes posturas ideológicas; lo que dio lugar a otras agrupaciones de parteras, como la de las tradicionales o licenciadas en enfermería y obstetricia.

Pese a la ruptura y disociación de la AMP, considero importante hablar brevemente de ella porque forma parte importante del contexto del que son parte las parteras profesionalizadas en nuestro país.

La AMP fue fundada en el 2011 con el objetivo de ser la institución que representara a las parteras mexicanas; es decir, la AMP daba cabida a diversos tipos de parteras: empíricas, tradicionales, urbanas, rurales, autónomas, profesionales, parteras técnicas, licenciadas en enfermería y obstetricia, licenciadas en enfermería y perinatología o parteras extranjeras que residían en México. Lo que se refleja en los textos que se pueden consultar, tanto en su página web, como en sus folletos, donde mencionan que: “La AMP respeta la diversidad de creencia, perfiles de formación y las diferentes formas de trabajo de todas las parteras mexicanas (AMP, 2016).”

Dicha organización buscaba la representación de las parteras mexicanas para evidenciar su trabajo, reconocerlo, posicionarlo ante los servicios del sistema nacional de salud y cambiar la imagen de la partería.

La AMP mencionaba que en México se ha creado un imaginario que asocia la partería con una práctica del pasado que pone en riesgo la salud de las mujeres y de las/los recién nacidos; en respuesta a ello, hizo campañas informativas en las que difundía el quehacer de las parteras como una opción viable, e incluso deseable para todas las mujeres.

A lo largo de estos años, la AMP realizó foros, talleres y congresos entre sus agremiadas. Autoras como Freyermuth y Argüello (2015) han documentado diferencias entre ellas que han dado pauta a discusiones y reflexiones entre el gremio; es decir, entre parteras. Lo que está en discusión es si buscan el reconocimiento formal de su práctica por el sistema de salud hegemónico, o no.



Las diferencias de opiniones se relacionaban también con la pertinencia de certificar su práctica, lo cual era defendido por algunas, mientras que otras mantenían una postura de no certificación. La certificación se refiere a una forma de evaluar y validar sus conocimientos con la idea de crear un documento que autorice su práctica, frente al sistema de salud hegemónico, así como para dar seguridad a las mujeres que desean atenderse con ellas.

Otro tema que generó discusiones al interior de la AMP fue el de la inclusión de la partería en los servicios públicos de atención versus la autonomía profesional.

A pesar de estas contraposiciones se pensó la certificación de su práctica como una forma de validar y reconocer los conocimientos y habilidades de las parteras socias teniendo estándares de calidad internacional en la atención del parto. La AMP proponía ser ella la institución que otorgara dichas certificaciones, pero queda la duda de si una asociación civil puede tener esas facultades, así como de si se beneficiarían todas las socias o solo un grupo de parteras.

Se hablaba de desarrollar un Organismo Interno de Certificación dentro de la AMP, donde la autonomía jugara un papel importante; es decir, las parteras buscaban ser ellas mismas las que se certificaran y no que el gremio médico fuera quien propusiera los estándares de calidad. La forma de realizar la certificación era aún tema de debate, ¿de manera oral, escrita, práctica? (folleto informativo de la AMP, noviembre 2016, notas de campo, noviembre 2016).

Dentro de estas discusiones, autoras como Laako (2017), por su parte, analiza de manera más detallada conceptos como: el reto de definir una partera en México, la noción de autonomía en la partería, el reto y sus implicaciones de lo que se entiende por profesión, profesionalización e institucionalización.

Sobre la autonomía, la autora resalta dos formas de abordarla: una, la que las propias parteras conciben y que hace referencia a su trabajo fuera de las instituciones de salud, unida a su crítica al sistema biomédico. Dos, la relacionada con la autonomía profesional; es decir, a la convicción de las parteras de ser ellas mismas la que definan cuáles son las tareas, habilidades y conocimientos

necesarios para poder decir quién es partera y quién no; es decir, ser ellas mismas quienes se autodefinan y cuenten con la libertad de ejercer y tomar decisiones colectivamente sobre su profesión. Y que, en consecuencia, no sea el gremio médico quién ponga las reglas (Laako, 2017).

Sobre la profesión, profesionalización e institucionalización, Laako (2017) menciona que las definiciones pueden ser simples, como entender la profesión como una labor por la cual se recibe una remuneración económica y que va ligado al conocimiento detallado de un tema, hasta llegar a una complejidad teórica que entrama momentos históricos relacionados con posiciones de clase, etnia y género. No obstante, hace hincapié en que dichos conceptos en el ámbito de la partería connotan viejas luchas (véase el apartado histórico de esta tesis), y la investigación de Laako (2017) plantea las siguientes preguntas ¿la partería es una profesión?, ¿todas las parteras son profesionales?, ¿al usar la palabra profesión se excluye a algunas parteras?, cuestionamientos que considero vigentes (véase Laako, 2017).

La definición de profesión arriba mencionada se puede tergiversar hacia la profesionalización, haciendo referencia a las parteras que recibieron formación académica en instituciones educativas; lo que contribuye a la estratificación de la partería en nuestro país, no obstante, no es sinónimo de institucionalización.

Se puede entender por institucionalización al proceso en el que algunas parteras con o sin estudios formales se integran para trabajar dentro del sistema de salud oficial y a su vez, incorporan los valores y normas de la institución durante su trabajo, ya sea en las casas maternas o en hospitales interculturales, independientemente de si reciben remuneración económica o no.

Finalmente, los conceptos que analiza Laako (2017) formaban parte de las discusiones entre parteras de la AMP. La AMP en noviembre del 2016 realizó un foro en el Senado de la República cuyo objetivo fue: “analizar las condiciones actuales del modelo de atención a la salud materna y visibilizar la violación de los derechos humanos que enfrentan las mujeres durante la atención al embarazo, parto, puerperio y del recién nacido en México”.

En dicho foro, a la vez que se postuló la partería como una opción viable de atención al parto, en donde se mostró su potencial para mejorar la atención a la salud materna y del recién nacido en México, también se planteó la pertinencia de la certificación entre parteras, la importancia de revisar las Normas de Competencia Laboral sobre partería debido a que no se han logrado trabajar ni publicar en el Diario Oficial de la Federación; así como las limitantes legales para establecer Casas de Parto. De tal modo que, tanto el reconocimiento de la partería como profesión, como su validación manifestada en los marcos normativos son temas pendientes dentro del gremio.

Desde diciembre de 2017 y a lo largo del 2018 se dio seguimiento al trabajo de la AMP mediante la asistencia a los foros estatales de Chiapas, al foro anual de 2017, así como a otras reuniones como la red de Casas de Parto, no obstante, nos han prohibido emplear la información obtenida en el trabajo de campo debido a que afecta a sus intereses, de tal modo que opté por centrar la investigación en las parteras profesionalizadas del municipio de San Cristóbal de Las Casas (SCLC)<sup>9</sup>, Chiapas que quisieran expresar de manera voluntaria su experiencia organizativa.

Este municipio es de relevancia en relación a la partería profesionalizada puesto que cuenta con antecedentes históricos, autores como Mónica Luna, Georgina Sánchez y Juan Carlos Velasco en su artículo titulado “Parteras institucionalizadas en San Cristóbal de Las Casas: su labor a lo largo de tres décadas”, muestran que desde los años cuarenta hasta la década de los setenta del siglo XX, existían servicios de partería en la ciudad, atendidos por parteras que tuvieron una formación profesional, además de que había una Maternidad en la que recibían a las mujeres que solicitaban sus servicios, pero también, derechohabientes del ISSSTE, mediante servicios subrogados. Hechos que reflejan las políticas respecto al nacimiento en esa época, donde la partería era aceptada, se le reconocía como

---

<sup>9</sup> SCLC es un municipio perteneciente al estado de Chiapas, está ubicado, entre los paralelos 16°32' y 16°48' de latitud norte; los meridianos 92°20' y 92°44' de longitud oeste; con una altitud entre 800 y 2 800 m. Colinda al norte con Chamula y Huixtán, al este con Huixtán y Teopisca, al sur con Teopisca, Totolapa y San Lucas, al oeste con San Lucas y Zinacantán, y cuenta con una población total de 166 460 habitantes (Prontuario de información geográfica municipal, 2019).

primera opción de atención, y era posible la institucionalización de sus servicios y, en consecuencia, el reconocimiento de la partería como profesión en SCLC (Luna. Sánchez y Velasco, 2019).

Si bien, en las siguientes décadas y como consecuencia del cambio de políticas públicas relacionadas al nacimiento, en SCLC también se cierran las Maternidades y se limita la atención por parteras profesionalizadas, de tal modo que el nacimiento se traslada a los hospitales y es atendido por médicos. No obstante, en 2005 se inaugura la primera casa de partos (Luna Maya), la cual continúa hasta la fecha dando servicios, no sólo de atención al parto, sino también de salud sexual para las mujeres; esta casa de partos además se encarga de formar nuevas parteras.

Recomiendo consultar las investigaciones hechas por Jenna Murray de López y Cristina Alonso (2018), o las de Cristina Alonso, Alison Banet y Janell Tryon (2015) quienes han descrito el modelo de partería de la Casa de Partos Luna Maya, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Es importante mencionar que ésta no es la única Casa de Partos en esta ciudad, en la cual se ubican más lugares para la atención del parto con esa modalidad, son sitios que se encargan de la formación de parteras, así como de ser sede de diversos talleres, pláticas y capacitaciones a lo largo del año.

Estos antecedentes ponen de manifiesto la relevancia que en SCLC ha tenido la partería profesionalizada. Además de ser una ciudad en la que confluyen personas de diferentes nacionalidades que, en el caso de la partería, le da una diversidad aún mayor, puesto que las parteras de otros países llegan a la ciudad ya sea a intercambiar conocimientos, a formarse, o bien, se quedan a vivir y laborar; todo ello complejiza el panorama de ser partera y a la vez muestra una ventana interesante para el análisis de la partería profesionalizada contemporánea.

## EXPERIENCIA INTERNACIONAL SOBRE PARTERÍA PROFESIONAL

A nivel internacional existen experiencias sobre parteras profesionalizadas, cuyos tiempos y procesos dependen mucho de los contextos en los cuales han surgido. Por ejemplo, en países como Alemania, Holanda y Finlandia desde hace varias décadas los servicios de partería se han incluido dentro de su sistema de salud, mientras que en otros países apenas es un tema en debate.

De acuerdo con la autora Hannah Laako (2015, 2017), las parteras profesionalizadas de Finlandia son parte del sistema de salud, ya que son formadas como parteras y laboran dentro de los hospitales. Menciona que uno de los problemas a los que se enfrentan es a la medicalización del parto –aun siendo atendido por parteras– y a la hegemonía del gremio médico, así como a la subordinación de las madres, quienes no se perciben como personas activas durante el parto; por tanto, el empoderamiento de las mujeres y de las parteras, en estos sentidos, es aún una lucha que está vigente en ese país.

Según Sánchez (2016), en Alemania se incluye dentro del sistema de salud la atención por parteras profesionalizadas, quienes atienden la mayoría de los nacimientos de bajo riesgo. Sus instalaciones se encuentran fuera del hospital, sin embargo, están ubicadas de manera cercana y articulada con estos para la atención de emergencias en caso de ser necesario (Sánchez, 2016).

En otros países, como Estados Unidos o Canadá, se han hecho movilizaciones desde la sociedad civil (en su mayoría mujeres) y grupos de parteras, cuestionando la forma de atención del parto hospitalario, resultado de ello se logró incluir a las parteras dentro del sistema de salud en algunos de las provincias en la modalidad de atención hospitalaria por parteras o en la atención a domicilio (Craven, 2010).

Patricia Janssen y colaboradores (2002, 2007 y 2009) han realizado estudios estadísticos sobre la atención al parto por parteras profesionalizadas de manera domiciliaria, e investigaciones que comparan la atención entre personal médico frente a la proporcionada por parteras de manera hospitalaria en Canadá.

El equipo de investigación encontró que la atención por parteras profesionalizadas de manera domiciliar es segura, además de que realizan menos intervenciones (como episiotomías) en comparación con las realizadas en el ámbito hospitalario; resultado que se repite al comparar la atención del parto por médicos frente a la llevada a cabo por parteras; así los estudios concluyen afirmando que la atención por parteras es confiable tanto para las madres como para los recién nacidos.

Otro caso es el estudio comparativo de centros de atención al nacimiento entre Japón y Brasil. El gobierno de Brasil en 1999 comenzó la implementación de centros de nacimiento donde se atendían partos de bajo riesgo desde el modelo de la partería profesional. Luiza Akiko (2005) estudiante brasileña realizó una pasantía de intercambio en Osaka, Japón para contrastar las experiencias entre ambos países, encontrando que en Japón los centros de nacimiento, además de dar atención a partos de bajo riesgo, promueven de manera enfática los cursos de preparación al parto y los ejercicios prenatales como parte de los cuidados que ofrece e incluye el sistema de salud japonés, con buena aceptación por parte de la población. En comparación con los centros de nacimiento de Brasil en donde los cursos de preparación al parto y los ejercicios prenatales no tienen tanta difusión, concluyendo la autora que los centros de nacimiento de Brasil aún deben de superar algunos retos para equipararse con los de Japón (Akiko, 2005).

Asimismo, a partir del 2010 el gobierno de Bangladesh formó parteras profesionalizadas con el objetivo de aumentar el personal capacitado en la atención del parto y que fuera además culturalmente aceptado para incidir en la disminución de muertes maternas; éste es el primer país en la región de Asia sudoriental en introducirse en un programa de educación para parteras profesionalizadas con ingreso directo y tres años de duración (UNFPA, OMS, ICM, 2014).

Retomando lo mencionado y con un enfoque de Sistemas de Salud, podemos enunciar que la experiencia internacional varía de país en país, encontrando que en algunos lugares la atención por parteras profesionalizadas está incluido dentro del sistema de salud, lo cual implica que las parteras reciban un sueldo, que las madres puedan elegir parir con una partera dentro de un hospital, dar a luz con una partera

de manera domiciliaria o ser atendidas por un médico en un hospital; todo esto cubierto por la seguridad social de su país. O bien, en algunos casos como en Estados Unidos o Canadá, los servicios de partería se encuentran reconocidos y regulados sólo en algunos lugares.

Desde una visión más general, Laako (2015) considera que la crítica sobre la atención al parto de manera hospitalaria es un fenómeno global, el cual enuncia como un movimiento social que indaga sobre la medicalización del parto, el negocio del nacimiento y el pobre ejercicio de las madres sobre sus derechos sexuales y reproductivos; abonando a esto, Prado (2016) menciona la atención del parto como territorio de disputa entre el modelo médico hegemónico y algunas parteras que hacen esta crítica.

Así mismo la ICM, la Organización Mundial de Salud (OMS) y The White Ribbon Alliance (WRA) en el 2014 realizaron un estudio sobre la situación laboral de las parteras en el mundo, dicha investigación documentó la experiencia de 2,470 parteras pertenecientes a 93 países; realizaron una encuesta online y un grupo de trabajo de 42 parteras representantes de 14 países. Si bien este estudio no hace una separación puntal entre el tipo de parteras, sí nos da una visión general sobre sus condiciones actuales. Los resultados muestran que, pese a las diferencias entre países, hay tres barreras comunes que se entrelazan y que dificultan la labor de las parteras; la barrera social, la económica y la profesional.

La barrera social refleja inequidades de género, manifestadas en violencia, que va desde la inseguridad para desplazarse dentro de las comunidades, el hostigamiento que reciben las parteras por el simple hecho de ser mujeres, hasta el abuso sexual (ICM, OMS, WRA, 2016).

La barrera económica se refiere a los bajos salarios que reciben, las remuneraciones son fluctuantes y las parteras tienen que buscar otras fuentes de ingresos. En el caso de las parteras que trabajan dentro del sistema de salud, mencionan que el salario es bajo en comparación con los médicos o enfermeras que realizan la misma labor; además, no todas cuentan con prestaciones sociales

ni con un sistema de pensión. Aunado a que su profesión queda subordinada a la jerarquía médica, en donde no poseen un sistema independiente para la toma de decisiones sobre la atención al parto o en la creación de políticas públicas relacionadas con su gremio (ICM, OMS, WRA, 2016).

Sobre la barrera profesional, hacen referencia al poco reconocimiento que tienen las parteras sobre su trabajo, lo cual se manifiesta en la pobre asignación de recursos financieros, materiales, de formación continua y para la elaboración de programas que retomen de manera integral los servicios de partería, así como en la falta de interés político al respecto.

Si bien, cada país tiene sus dificultades particulares, la investigación nos deja ver problemas comunes a nivel mundial.



## LA PROBLEMÁTICA

En el caso de México, las parteras profesionalizadas pueden trabajar de diversas formas: atienden partos a domicilio, en Casas de Partos, a nivel hospitalario o colaboran en la formación de parteras profesionalizadas. En su desempeño se han encontrado con obstáculos laborales dentro de las formas de atención al parto que proponen y llevan a cabo, problemática que a continuación describiré a detalle.

- La falta de reconocimiento de la partería como profesión.
- La dificultad de insertarse en una institución de salud gubernamental.
- La imposibilidad de desempeñarse en una Casa de Partos.
- La limitación para expedir y firmar los certificados de nacimiento.
- La dificultad de establecer contactos y atención con los servicios médicos u hospitalarios para la atención de emergencias (Escudero, 2015).

Sobre el reconocimiento de la partería como profesión, Marisol Escudero en la ponencia “Partería y Derechos Humanos, marco jurídico en México”, realizada el 22 de octubre del 2015 en el Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, explicó que cada estado emite su listado de profesiones, por lo tanto, hay lugares en los que sí existen y reconocen los estudios de partería –así mismo, se expiden cédulas profesionales– mientras que en otros no; es decir, no es un criterio homogéneo en toda la república mexicana. Lugares como Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, Tamaulipas y Guanajuato no contemplan la partería en su listado de profesiones, lo que coincide con la investigación realizada por Sánchez en 2016.

Ejemplo de lo mencionado es la escuela de CASA en Guanajuato, que cuenta con un convenio con la Secretaría de Educación Pública (SEP) por lo cual tiene la autorización para emitir cédulas profesionales (egresan como técnicas en partería), sin embargo, la partería no aparece en el listado de profesiones del estado de Guanajuato (Sánchez, 2016).

En contraste, el estado de Guerrero creó en 2012 una escuela para formar parteras profesionalizadas, en este caso, es el Estado el que hace la propuesta ante la SEP para así tener estudios con validez oficial. Lo que difiere cuando se hacen las propuestas para establecer escuelas de partería como servicios privados ya que muchas veces se encuentran con la negativa de la SEP, con el argumento de que “los programas no cumplen con la normativa oficial” (Escudero, 2015).

Por otro lado, cuando las parteras tienen estudios profesionales en el extranjero, la SEP no revalida sus estudios, aunque en sus países de origen tengan la matrícula completa y cédula profesional.

Otra forma de ejercer la partería con cédula profesional y reconocimiento oficial es mediante los estudios de licenciatura en enfermería y obstetricia; sin embargo, en la ponencia dicha por Escudero (2015) refiere que las egresadas de esta carrera suelen ser contratadas únicamente como enfermeras.

En consecuencia, dentro del ambiente hospitalario, a las licenciadas en enfermería no se les permite la atención al parto, solamente pueden acompañar el parto o dar atención junto con el personal médico, quedando sus conocimientos subvalorados; también se ha documentado que pueden ser contratadas en puestos administrativos, más no como parteras, como lo documentan Freyermuth y Argüello (2015).

Además, la posibilidad de que una partera profesionalizada trabaje en la Secretaría de Salud es limitada, debido a que únicamente existen 43 plazas remuneradas como parteras profesionalizadas (Escudero, 2015).

Por otro lado, el trabajo de Sánchez (2016) nos muestra las dificultades a las que se enfrentan las parteras, en específico las referentes al espectro legislativo sobre las Casas de Parto (CP).

Las CP son de tipo privado, ofrecen servicios para el seguimiento del embarazo y atención al parto sin ser un hospital; ambientadas y decoradas a similitud de un hogar; sin embargo, cuentan con el material necesario para la atención al parto de

bajo riesgo. Dichos lugares no cuentan con un estatus legal para atender en sus instalaciones, es decir, el nombramiento de CP no existe en la legislación, debido a que desde la normatividad mexicana la atención al parto se concibe de manera hospitalaria, de tal forma que la atención en una CP queda al margen de la normativa (Sánchez, 2016).

Algunas parteras cuentan con cédula profesional y al abrir el oficio de funcionamiento de sus CP, se encuentran con que dicha figura no existe. Entonces tramitan su oficio de funcionamiento para poder trabajar como consultorio particular o como hospital, sin ser dichas figuras las apropiadas para describir el espacio en el que laboran (Sánchez, 2016).

Un ejemplo claro es el que muestra Sánchez (2016) al narrar cómo una Casa de Partos notificada como consultorio fue clausurada por identificar que ahí se atendían partos. Cabe mencionar que la clausura fue realizada con violencia y destrucción del material que ahí se encontraba. Estas situaciones colocan a las parteras profesionalizadas en una disyuntiva: cuentan con cédula profesional, –lo que indica que están plenamente calificadas para realizar su trabajo– sin embargo, no pueden laborar con la modalidad de CP; entonces, no les pueden prohibir ejercer su profesión, pero no les pueden autorizar abrir un lugar apropiado para ejercerla.

Aunado a ello, según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su Art. 111, las parteras tienen prohibido recetar medicamentos, lo que limita considerablemente su trabajo, debido a que en la atención del trabajo de parto, parto, puerperio o emergencias ellas podrían necesitar medicamentos como analgésicos, sueros, oxitócicos o misoprostol<sup>10</sup> y su uso queda limitado por el marco legislativo. Así, parteras egresadas de CASA o enfermeras obstetras, aun contando con cédula profesional, no pueden emitir una receta con los medicamentos que podrían necesitar cuando están ejerciendo su profesión.

---

<sup>10</sup> El misoprostol es un medicamento que aumenta las contracciones uterinas y se emplea en ginecología para disminuir el sangrado en el post parto, para la inducción del parto o para la interrupción del embarazo, su dosis determina su uso (Vademécum, 2015).

Otro obstáculo que se manifestó en los foros anuales de la AMP en noviembre de 2015 y 2017 es el relacionado con la emisión y firma de los certificados de nacimiento, ya que las autoridades piden que el documento vaya firmado y sellado por parte de una institución de salud y el número de cédula profesional de la persona que atendió el parto.

En los certificados de nacimiento está la opción de poner: atendida por partera, donde no sería necesario poner ni cédula ni sello; no obstante, Escudero (2015) menciona que en Ciudad de México se han presentado casos en los que se les exige el sello de una institución. De no tenerla, le piden a la madre y al recién nacido acudir a una institución de salud para hacer una revisión física y verificar que efectivamente tuvo un parto, como requisito para poder expedir el certificado de nacimiento.

También, las parteras profesionalizadas se enfrentan a la dificultad de establecer contactos con los servicios médicos u hospitalarios para la atención de emergencias, debido a que se les asocia con una mala atención. Cuando presentan una emergencia obstétrica y refieren a la mujer a una institución de salud –sobre todo gubernamental– las parteras son maltratadas, incluso acusadas de haber sido las que originaron las complicaciones o hicieron una mala práctica (Fundación MacArthur, 2013).

Con esto podemos notar lo que Escudero (2015) mencionó como “servicios que no están hilados” y la necesidad de establecer buenas relaciones entre los servicios de salud y las parteras en todo momento, más aún en situaciones de emergencia.

La AMP conocía las limitantes mencionadas e hizo propuestas ante el Senado de la República. También planteó ser la institución que certificara parteras en nuestro país, esto quiere decir que parteras con estudios no reconocidos o del extranjero pudieran validarlos mediante la obtención de un certificado oficial (notas de campo, 2018).

Se trataba de una validación que pretendía incluir también a las parteras empíricas o a las que se formaron con el sistema de mentor aprendiz, en estos casos se

evaluaría su práctica, y de ser competentes, se emitiría el certificado que respaldara su quehacer profesional (notas de campo, 2018). Dicha propuesta se llevó ante el Senado y quedó sin concretar, puesto que según la normativa mexicana sólo la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública son las figuras que pueden emitir esos certificados y no una asociación civil (Ley General de Salud, artículo 48).

La AMP también se cuestionó la falta de regularización, puesto que en la normativa vigente no existe la partería en los estándares de competencia laboral, y si bien se han hecho propuestas, éstas no han sido aprobadas ni publicadas en el Diario Oficial de la Federación (Sánchez, 2016); esto quiere decir que, a nivel normativo, la partería no tiene sustento de manera homogénea en las diversas entidades de la república como práctica de atención.

Todo lo enunciado a lo largo del capítulo muestra la problemática a la que se enfrentan las parteras profesionalizadas, la cual se manifiesta de manera individual y a su vez traspasa lo colectivo; es decir, afecta al gremio de las parteras y llega a dimensiones políticas, lo que las coloca en una posición de vulnerabilidad. En parte porque el marco legislativo no las contempla como profesionales, y en parte debido a que la atención al parto es, en su mayoría, de manera hospitalaria. Todo ello limita su trabajo con el riesgo de la criminalización de su profesión. De tal forma, me hago la siguiente pregunta:

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe una organización, y en tal caso, cómo es la organización de las parteras profesionalizadas para poder solventar la problemática que afrontan desde lograr una incidencia política hasta el reconocimiento de su profesión y su normatividad?

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las parteras profesionalizadas en México no pueden ejercer con libertad su profesión, debido a las limitantes en el marco legal y a que el sistema médico hegemónico controla la atención del parto, lo que se manifiesta en el poco reconocimiento que se le da a la partería como profesión. Además, la organización entre parteras profesionalizadas tiene como desafío enfrentar las diferencias y desigualdades entre ellas (escolaridad, etnia, años de experiencia, clase) como reto para lograr un colectivo que se posicione políticamente en la atención al embarazo, parto y puerperio.

## **SUPUESTO**

Las parteras profesionalizadas a pesar de contar con un grado de escolaridad, hablar varios idiomas o tener muchos años de experiencia, no logran organizarse entre ellas; intersecciones como la etnia, clase o edad actúan como obstáculo, debido a que la organización que han intentado, la han hecho desde la organización androcéntrica, es decir, como la hacen los varones, dando como resultado, que la organización que han tenido no ha funcionado y se manifiesta en las disputas al interior, así como, en pocos logros frente a las instituciones de salud.

Aunado al panorama histórico que ha fluctuado entre su reconocimiento, inclusión, hasta demeritar el trabajo de las parteras, por parte del sistema médico predominante; o no contar con espacios laborales diferentes a los hospitalarios, ni guías operativas explícitas en los marcos regulatorios, lo que complejiza el quehacer de las parteras profesionalizadas.

## JUSTIFICACIÓN

La importancia de la organización radica en que con esta se pueden generar agrupaciones o asociaciones que pueden dirigir sus esfuerzos hacia una idea común que propicie acciones para lograr un beneficio. Para Jean Cohen y Adrew Arato (2001) la capacidad de reunirse de una sociedad muestra en principio el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que propicia un proceso de ciudadanía, es decir, poder participar en la normativa que rige la vida cotidiana.

También para Cohen y Arato (2001) las organizaciones que pertenecen a la sociedad civil buscan la movilización de los recursos, estos entendidos tanto de manera material como financiera, al igual que el reconocimiento de su identidad grupal o gremial. En lo que respecta a la atención al parto y a las parteras profesionalizadas, Laako (2015, 2017) ha manifestado que existe a nivel mundial un movimiento de parteras que retoma el discurso de los derechos sexuales y reproductivos como punto de partida para colocar la forma de atender el nacimiento como tema de debate, además hace notar que dentro del movimiento feminista parte de su lucha se ha centrado en el aborto y ha dejado de lado el embarazo, parto y puerperio como temas de reflexión.

De esta forma el movimiento de parteras propone que sean las mujeres quienes planteen la mejor manera de recibir atención para el parto, basada en los derechos humanos y en un trato libre de violencia, además de tener en consideración la información basada en evidencias científicas y sin duda, articulada con el sistema médico para resolver casos de urgencia de ser necesario.

Organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han realizado estudios que muestran la validez de los servicios de partería, así como su necesidad creciente debido a que ofrecen una atención diferente a la hospitalaria; es decir, menos invasiva, centrada en las necesidades de la mujer y de menor costo para los sistemas de salud. De tal modo que a los países miembros les han pedido considerar la partería profesionalizada

como el primer nivel de atención, para ello proponen la creación o consolidación de escuelas de partería, fomentar y validar campos laborales, así como su reconocimiento oficial (UNFPA, OMS, ICM, 2014).

Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de la atención, ya que representan un servicio más accesible de atención a la salud materna en lugares como México, donde cobra además importancia sobre todo en relación con la violencia obstétrica y el aumento en el número de cesáreas, que si bien, son fenómenos que ocurren a nivel mundial, en nuestro país tienen una gran incidencia. Es en este contexto que la forma de atención de las parteras profesionalizadas podría influir en la disminución de dichos sucesos y en evitar, en la medida de lo posible, la muerte materna (MM).

Por esta razón, si bien esta tesis no profundiza, ni centra su esfuerzo en la atención por parteras o en la calidad de la atención, ni en los índices de muerte materna, ni en la violencia obstétrica, considero importante hacer mención de ello puesto que, finalmente, son elementos que justifican no solo la pertinencia de la partería profesionalizada, sino a su vez, la organización entre las parteras, ya que dichos temas forman parte de su terreno de acción colectiva.

## **ELEMENTOS QUE JUSTIFICAN LA PERTINENCIA DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA**

### **MUERTE MATERNA**

Uno de los retos a los que se enfrenta el Estado mexicano es a las elevadas tasas de muerte materna que ocurren en nuestro país. En el afán de abatir dicho suceso en septiembre del año 2000 México firmó los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de los cuales el quinto tenía la propuesta de mejorar la salud materna, lo que implicaba disminuir las MM para el 2015. En el 2015 se volvieron a reunir los países firmantes para mostrar los resultados alcanzados y dicho compromiso fue ratificado para el 2030 donde los países miembros se comprometieron a reducir la



MM al menos a 70 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos registrados (OMS, 2015a).

La MM se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto y hasta 42 días después del parto. Su importancia radica en que es uno de los indicadores que reflejan situaciones de desigualdad entre los municipios, lugares o países, debido a que se relaciona con el acceso a los servicios de salud, a la calidad de la atención médica y a la prontitud con la que se busca la resolución de emergencias (Freyermuth, 2016).

Las causas principales de MM son: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragias obstétricas, aborto y sepsis, todas estas pueden ser previsibles ya que con los avances tecnológicos que existen actualmente y los tratamientos médicos oportunos, estas muertes no deberían de existir (CONEVAL, 2012).

El perfil sociodemográfico de las mujeres es determinante, CONEVAL (2012) muestra que las mujeres sin ningún estudio, indígenas, que vivan en una comunidad con altos índices de marginación social tienen una probabilidad mayor de presentar MM. Freyermuth (2016) confirma lo antes mencionado y agrega que el estado conyugal de las mujeres también impacta, donde las mujeres viudas, separadas o divorciadas tienen una razón de 162 MM mayor que las mujeres solteras o casadas.

“Entre 1990 y 2013, México logró una disminución del 53% de la razón de muerte materna (Freyermuth, 2016), pues era de 88.7 defunciones por cada 100mil nacidos vivos y en el 2013 fue de 38.2 por cada 100mil nacidos vivos” (ONU México, 2016). En el 2015 México registró 38 MM por cada 100mil nacidos vivos (Banco Mundial, 2015).

No obstante, Freyermuth (2016) hace hincapié en desglosar las muertes maternas por escalas geográficas debido a que el promedio nacional enmascara altas tasas de muertes maternas en estados como Guerrero, Chiapas y Oaxaca con 74.5, 69 y 64% respectivamente, de muertes evitables. En estos estados, y con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se ha planteado, por parte de

organismos internacionales como UNFPA u OPS, la incorporación de parteras profesionalizadas en la atención al parto.

A su vez, la OMS y diversas organizaciones no gubernamentales han mencionado la importancia de las parteras profesionalizadas en la atención de emergencias obstétricas, con la finalidad de incidir en la disminución de MM. Se han considerado como personal que, siendo capacitado, puede tener las habilidades necesarias para la resolución de emergencias obstétricas. Así, a las parteras profesionalizadas se les ha contemplado en 2 escenarios: uno como prestadoras de servicios de salud en comunidades de difícil acceso, y otra como personal capacitado a nivel hospitalario como la primera opción de atención (CPMSVCH, OMS, OPS, UNFPA, 2014).

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La falta de respeto hacia las mujeres que dan a luz, durante la atención del nacimiento por parte del personal sanitario ha cobrado gran relevancia en los últimos años, debido a que es un fenómeno que se presenta en todo el mundo y que se ha ido incrementando (OMS, 2014).

Las faltas de respeto durante el trabajo de parto, parto y puerperio pueden llegar a grandes dimensiones. Van desde las ofensas verbales, psicológicas, las amenazas, el ignorar a la mujer que tiene trabajo de parto, procedimientos médicos sin consentimiento informado o uso de la coerción, falta de confidencialidad, falta de privacidad, hasta el abuso físico o el negar la atención médica (Valdez et al, 2013).

Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015) abordan y explican el fenómeno de violencia obstétrica con base en los estudios de Bourdieu, Foucault y Goffman. Desde esa perspectiva explican cómo algunos médicos y enfermeras se forma con actitudes de menosprecio a los pacientes, y prácticas de abuso de autoridad que van interiorizando hasta incorporarlas de manera rutinaria; cuando esto se hace con mucha frecuencia resulta invisible, hasta llegar a ser considerado natural-normal-lógico.

Se ha documentado que dichas prácticas de abuso ocurren de manera cotidiana en las salas de parto de los hospitales, manifestadas en acciones como realizar un gran número de tactos vaginales, sin explicación previa a la mujer o sin su consentimiento (Valdez et al, 2013).

Dentro de estas actitudes y prácticas se establecen relaciones jerárquicas y de poder, a lo que se agregan subordinaciones relacionadas con el género.

Ejemplo de ello es la episiotomía<sup>11</sup>, con reporte de casos donde se realiza sin anestesia, sin informar previamente a la madre en qué consiste y sin su consentimiento, o el uso de enemas, sondeos, prohibición para gritar en el momento de las contracciones, permanecer acostadas o con la indicación de pedir permiso para ir al baño, son ejemplos de los abusos y violencias cotidianas en la atención al parto que se normalizan (Castro y Erviti 2015).

En esa dinámica la mujer queda subordinada a las órdenes médicas y en una posición pasiva, donde no tiene cabida el conocimiento que ella puede tener de su cuerpo, sus dudas, sus miedos, ni la forma en la que ella se explica y vive el proceso de parto.

En respuesta a ello, la OMS emitió su declaración a favor de la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” con cuatro puntos en los cuales se busca involucrar a las partes interesadas (incluidas las mujeres) en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas (OMS, 2014).

De este modo y con la idea de evitar la violencia obstétrica en las instituciones de salud en los entornos urbanos, las mujeres buscan otras opciones de atención al parto como el que ofrecen las parteras profesionalizadas como lo muestran Laako (2017) y Cheyney (2008).

---

<sup>11</sup> Corte que se realiza en el periné, es decir, entre la vagina y el ano para ampliar el canal del parto.

## CESÁREAS

La cesárea es un procedimiento quirúrgico empleado para provocar el nacimiento, usada en situaciones de emergencia cuando éste no se puede dar por vía vaginal; es una cirugía que ha contribuido a disminuir las muertes maternas a nivel mundial (OMS, 2015b).

Sin embargo, la implementación excesiva de esta práctica médica se ve reflejada en que países con las menores tasas de MM como Japón u Holanda tienen un porcentaje de nacimientos por cesárea menor al 10%, mientras países como México (50.3%), Chile (40%) o Brasil (30%) presentan los porcentajes más altos de cesáreas a nivel mundial (Puentes-Rosas, Gómez-Dantés y Garrido-LaTorre, 2004).

En México, el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, de cada 100 nacimientos ocurridos, 46 fueron por cesárea y 54 fueron partos (INEGI, 2015). El porcentaje de cesáreas en este país ha aumentado en un 1% anual desde 1999 (Puentes-Rosas, Gómez-Dantés y Garrido-La Torre, 2004), del 2000 al 2012 se registró un aumento del 50.3% de cesáreas, donde el mayor incremento ocurrió en el sector privado, seguido de la seguridad social (Suárez-López et al. 2013).

Este incremento acelerado en la práctica de cesáreas ocurre a nivel mundial, por lo que la OMS emitió una declaración en la que insta a los países miembros a disminuir las tasas de cesáreas, así como a hacer una revisión de sus causas; sugiriendo una tasa de cesáreas de entre el 10 y el 15% (OMS, 2015b).

El problema de realizar cesáreas sin fundamento es que cuando se emplean sin ser necesarias, los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido aumentan (riesgo de infecciones para ambos, lactancia tardía e incrementa el tiempo de recuperación); por lo tanto, se busca disminuir las tasas de cesáreas no justificadas.

En México se han identificado algunas razones que explican el aumento de cesáreas; éstas son: a) la saturación de los servicios, donde es más rápido realizar una cesárea que esperar todo el trabajo de parto, b) el incentivo económico para los médicos que trabajan con aseguradoras en las que reciben un monto por cada operación realizada, c) la petición de las mujeres, sobre todo las que acuden al

servicio privado debido a que se difunde la idea de que la cesárea equivale a un parto sin dolor y que con ella se “evita riesgos”, y d) la “justificación pedagógica” con la idea de que puedan practicar los estudiantes de medicina (Good, 1997, Puentes-Rosas, Gómez-Dantés y Garrido-LaTorre, 2004, Suárez-López et al. 2013).

Como respuesta al panorama previamente planteado surge otra forma de atención como solución a la búsqueda de algunas mujeres de alejarse del modelo hospitalario: el de la atención ofrecida por parteras profesionalizadas. Marcia Good (1997) y Sánchez (2016) muestran que cuando las mujeres acuden al médico y son programadas para cesárea –y notan la pobre justificación médica– algunas de ellas buscan los servicios de las parteras.

En este trabajo la autora tiene conciencia de que las parteras tienen o podrían tener limitantes, como cualquier otro profesional de la salud, e incurrir en malos tratos o mala atención traducida en muerte materna o negligencia; no se busca pues su idealización. Sin embargo, si están bien capacitadas para la atención al parto y tienen conocimientos en emergencias obstétricas, las considero como personajes que pueden mejorar la calidad en la atención del parto y ser una opción viable para que las mujeres embarazadas puedan elegir su forma de atención.

## **OBJETIVO GENERAL**

Investigar, desde el enfoque de Género y Salud, cómo se organizan las parteras profesionalizadas para el reconocimiento y ejercicio de su profesión como acciones que influyen en la política de las mujeres, y repercuten en la atención al parto en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Documentar y analizar los marcos legislativos que traten de la partería profesionalizada.
2. Caracterizar la forma de organización entre parteras profesionalizadas en San Cristóbal de Las Casas (SCLC), tomando en cuenta la edad, escolaridad, años de experiencia, grupos de atención y liderazgo, como factores que pueden influir en la organización entre ellas.
3. Evidenciar y analizar las dinámicas de liderazgo, sororidad, poder y estratificación que se establecen entre parteras profesionalizadas de SCLC para conocer cómo éstas influyen en la organización entre ellas.
4. Indagar y analizar las acciones que hayan realizado las parteras profesionalizadas de SCLC para el reconocimiento de su profesión, así como las propuestas que influyan en el ejercicio de su profesión como acciones que contribuyen, a la vez, en la política de las mujeres.

# MARCO TEÓRICO A PARTIR DEL CUAL SE CONSTRUYE LA INVESTIGACIÓN

## GÉNERO Y SALUD

Martha Lamas (2002) menciona que la psicología fue de las primeras disciplinas en implementar la categoría de “género”, usándola para asignar las identidades femeninas o masculinas a las que se adscriben las personas. Posteriormente, los estudios de antropología, etnología o sociología mostraron que las interacciones entre los sujetos con la comunidad y la cultura influyen en la construcción de las identidades; reflejándose en los comportamientos o en las actividades que desempeñan, las cuales son distintas para las mujeres que para los varones y suelen partir de la diferencia sexual. Es importante recalcar que el concepto de género va más allá del sexo biológico que se asigna: hombre o mujer (Lamas, 2002).

La misma autora refiere que para Ortner y Whitehead “el prestigio es el concepto que tiene las implicaciones más claras e inteligibles para entender las ideas del género... los sistemas de prestigio están entretejidos con las construcciones culturales” (Ortner y Whitehead citado por Lamas, 2002:122). El género, continúa la autora, también evidencia las estructuras que se establecen en las sociedades con relación a los comportamientos y actividades que realizan los hombres o las mujeres y cómo éstas tienen una jerarquía, un “estatus” (el lugar que se ocupa), propiciando, a su vez, un “estatus de género”.

Así entonces, considero Género como el sentido que le da la sociedad y la cultura a los comportamientos femeninos o masculinos, partiendo de las diferencias sexuales, para lo cual se emplean símbolos, rituales y metáforas que refuerzan las interacciones sociales y actitudes que se llevan a cabo entre los hombres y las mujeres; en los que se establecen jerarquías con relaciones de poder asimétricas, las cuales tienen un proceso dinámico (Lamas, 2002).

A su vez, Esperanza Tuñón (2000) considera los siguientes elementos para hablar de Género:

- Las relaciones entre los hombres y las mujeres
- Los sistemas jerarquizados de estatus y prestigio social

La autora busca evidenciar las relaciones de poder entre los géneros (Tuñón, 2000); y yo agregaría lo que menciona Juan Guillermo Figueroa (2016), quien nos dice que las interacciones entre los géneros llegan a dimensiones políticas.

Ortíz (2002) refiere que es un concepto en constante cambio, debido a la interacción con los contextos específicos, las culturas y los momentos históricos en el que se realizan los análisis desde esta perspectiva; en la cual también influye la raza y la clase. Asimismo, nos plantea que la palabra Género tiene una connotación epistemológica; es decir, puede generar conocimientos nuevos, ya que busca fundamentos teóricos y metodológicos, y en consecuencia puede tener la función de categoría de análisis y/o de concepto científico.

Por su parte, el binomio conceptual Género y Salud hace referencia a la visibilización, desde esta perspectiva, de las diferencias y desigualdades entre los hombres y las mujeres al enfermarse, padecer y tratarse; así como a indagar la construcción, significado y forma de atención tanto de los varones como de las mujeres. Es decir; nos pregunta: ¿cómo se construye lo femenino o lo masculino?, ¿cómo se concibe a la mujer o al varón? y desde esa construcción, ¿cómo se atiende a las mujeres?, ¿cómo se posiciona el personal médico o las instituciones sanitarias con relación a la atención al parto?

Marcela Lagarde (1997) plantea que la salud de las mujeres es algo que se va construyendo; es decir, es una situación dinámica resultado de sus condiciones de vida, del acceso o no acceso a los servicios o recursos (alimentación, vivienda, agua potable, drenaje, educación, transporte, entre otros), de sus formas de vida (vida cotidiana sin violencia, carga laboral, situación económica, descanso) y de la satisfacción que sientan sobre su propia vida.

De este modo, la salud de las mujeres no es algo natural o que esté dado –al igual que la de los varones–. El enfoque de Género y Salud ha ayudado no sólo a visibilizar las diferencias biológicas, sino también, a considerar los entornos en los



cuales se desarrollan las personas o las relaciones que se establecen entre ellas, debido a que influyen en su forma de concebir la salud o de enfermarse y buscar atención, la cual difiere entre hombres y mujeres.

Asimismo, el enfoque de Género y Salud ha contribuido a evidenciar que el sistema de salud parte de una concepción de mujer infantilizada, inferiorizada, donde sus malestares son entendidos como propios de su condición sexual, concibiéndolos como naturales, o bien, que la salud de las mujeres está limitada y circunscrita al útero; la mujer no es pues vista desde una manera integrada, continua, que abarque todo su cuerpo e incluya todo su ciclo vital desde el nacimiento hasta la vejez (Lagarde, 1997).

Con esta perspectiva podemos identificar las jerarquías que se establecen para construir el concepto de mujer, de salud, de padecer y de enfermedad donde se parte de concebir a la mujer como cuerpo-para-otros, como ser-objeto. Concepción que desemboca en su condición de género, en su situación vital y de salud (Lagarde, 1997).

Pero ¿cómo se relaciona el trabajo de las parteras y el género como categoría de análisis? Este enfoque nos permite ver que las parteras realizan un trabajo que ha sido históricamente subordinado a la profesión médica, en donde el territorio en disputa abarca desde el conocimiento del cuerpo de las mujeres, el acercamiento al cuerpo de las madres, hasta el control de la salud reproductiva de las mujeres; éste último ejercido, tanto por parte del Estado, como por el gremio médico, al ser las mujeres “objeto médico, demográfico, [o] sanitario” (Lagarde, 1997:19).

El enfoque de género y salud nos permite resaltar dos hechos importantes dentro de la labor de las parteras profesionalizadas: el primero es evidenciar cómo conciben a la mujer, y el segundo, qué posición ocupa ésta en el momento del parto, es decir la relación embarazada-partera. En este sentido el postulado base de la partería es concebir y situar a las mujeres como personas, capaces de tomar decisiones, de tener conciencia de su cuerpo y de su reproducción, se les concibe, así como sujetas.

Ejemplo de lo mencionado es la investigación de Sánchez (2016) sobre el trabajo de las parteras durante el embarazo y en la consulta prenatal, el cual tiene como objetivo fomentar y procurar que las mujeres conozcan su cuerpo, se apropien de él, identifiquen los cambios normales o anormales que pueden transcurrir durante el embarazo, y así, poder llegar lo más preparadas posible al trabajo de parto y al parto mismo; las parteras saben que dicho proceso no está dado, ni es obvio por el hecho de ser mujer. Todo ello genera lo que Sánchez (2016) considera un proceso de empoderamiento con las futuras madres, que incluye la participación de la familia y/o pareja durante la preparación para y durante el parto; situación que contrasta con el abordaje médico hospitalario, donde las parturientas son aisladas para dar a luz.

Otro hecho que es posible distinguir desde el enfoque de género y salud es que la partería desde su forma de atención cuestiona el modelo médico predominante (Laako, 2015 y Prado, 2016), sitúandola en un posicionamiento político que va más allá de lo epistemológico, lo cual nos recuerda que la perspectiva de género también busca transformar las realidades, adquiriendo una dimensión política.

Finalmente, el enfoque de Género y Salud ayuda a comprender cómo conciben, abordan y tratan a las mujeres las parteras profesionalizadas, además de que evidencia relaciones desiguales entre profesiones, en este caso entre la partería y la medicina humana.

## **EL GÉNERO Y EL BIOPODER**

La definición de género que propongo retoma fundamentos del constructivismo social, el cual postula que la realidad es una construcción que interactúa constantemente con diversos elementos como: la cultura, el momento histórico en el que se sitúa, las clases sociales, etnias, sexo, identidades, así como, subjetividades que en su conjunción reflejan una parte de la realidad (Roth, 2008).

El constructivismo social plantea que la realidad es inasequible a la objetividad debido a que su interpretación es resultado de un constructo social; de este modo,

el género queda inmerso, entretelado, como una pieza que no puede aislarse, puesto que los sucesos interactúan en todo momento con las identidades, con las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, así como con las asimetrías que resultan de dicha interacción, las cuales adquieren dimensiones culturales y políticas. A eso es a lo que me refiero cuando hago mención del constructivismo atravesado por el género.

No obstante, el género es un eje articulador con el poder, pero no con cualquier tipo de poder; ya que en el tema de la salud, es indisoluble la relación con el cuerpo vivido, en este caso, el de las parteras y el de las mujeres que con ellas se atienden, por tanto haré uso de la categoría del biopoder planteado por Michael Foucault, debido a que dicho planteamiento nos da las bases para entender y conceptualizar el dominio y regulación de los cuerpos femeninos, así como la atención al nacimiento por parteras profesionalizadas.

Foucault, sostiene que la verdad es un planteamiento que se aprehende por parte de los individuos a través del discurso, el cual, se va asumiendo hasta naturalizarse y plantearse como algo “normal”. Dicha verdad responde a las estructuras que la producen y a sus intereses, de tal suerte que ésta se reproduce y se perpetúa dentro de la sociedad de una forma natural (Foucault, 1987).

Siguiendo con los planteamientos de Foucault (1987), la categoría cuerpo adquiere una dimensión propia; es decir, es en el cuerpo donde se pueden instaurar los discursos y ejercer poder; es lo que el autor llamó micro poderes. De la relación de los micro poderes resultan las normas, los acuerdos mediante los cuales los cuerpos pueden ser disciplinados, vigilados y sus acciones, llegar a ser normalizadas. A esta forma de poder le llamó anatomopoder.

Cuando el poder involucra a toda la población y además a sus procesos cotidianos como lo son el nacimiento, la vejez, la salud o la reproducción, adquiere una dimensión mayor, debido a que surgen políticas que administran la vida de una población. A esto Foucault le llamó biopolítica.

De la suma del anatomopoder con la biopolítica resulta el biopoder. El biopoder para Foucault es una forma de ejercer poder dentro de una población, de lo individual a lo social, cuyo principal objetivo es naturalizar una idea, un discurso, o ciertos mecanismos reguladores. “Un poder así, más que desplegar prohibiciones y represiones, necesita clasificar, medir, jerarquizar y excluir, teniendo como parámetro la norma; es decir, estableciendo estrategias de normalización” (Sossa, 2011:4).

Para mostrar lo enunciado y enlazar los planteamientos del biopoder con el trabajo de investigación que planteo, tomaré la atención al parto y el trabajo de las parteras profesionalizadas como punto de arranque; es a partir del siglo XVIII que la atención del embarazo pasa del domicilio a las instituciones hospitalarias, justificando el cambio mediante el discurso de que la atención de las parteras era inapropiada, sucia, riesgosa y simbólicamente anticuada (López, 2008; Cházaro (2005 y 2011); Ortiz, 2002). Mientras que la atención por el sistema médico se asoció con la seguridad, higiene y modernidad, además de que, en su momento, se creyó como la alternativa para disminuir la muerte materna en nuestro país. Lo enunciado se relaciona con lo que Foucault (1987) llamó la verdad por medio del discurso.

A su vez, el discurso se avaló por métodos científicos que lo respaldaron, siendo sostenido y promovido, tanto por las instituciones médicas, como por el Estado; todo eso condensado en el cuerpo de las mujeres donde se ejerce el anatomopoder. Al abarcar los cuerpos de las mujeres de manera individual y llegar a todas las mujeres, involucrando temas como el placer, la reproducción, el embarazo, el nacimiento, la forma de nacer, hasta la atención al parto, se han creado normas que regulan, tanto la individualidad, como los procesos vitales; se trata pues de biopolítica.

En la contienda de saberes entre la medicina y la partería se disputa no sólo el conocimiento *per se*, sino también el acceso al cuerpo de las embarazadas, lo que da pauta al control de la natalidad, la sexualidad y el placer; a su vez, el que tenga el poder logrará establecer quiénes estarán autorizados a dar atención durante el parto y definirá las formas de atención consideradas válidas y vigentes (Foucault, 1987).

Foucault (1987) consideró que el biopoder es un elemento indispensable para el capitalismo, debido a que garantiza la producción y la disciplina tanto a nivel individual como social, no sólo de procesos económicos, sino también en dimensiones culturales, sociales y políticas; no obstante, al hablar de política es necesario acotar la dimensión a que quiero aludir en la presente investigación, ya que justo representa un objeto central el analizar las dimensiones y dinámicas en las que se relacionan las parteras entre sí y dilucidar si sus acciones logran posicionarse frente al poder médico hegemónico, por tanto me centraré en la organización y lo que se define como la política de las mujeres.

## **SOBRE LA ORGANIZACIÓN**

Para hablar de la organización entre parteras profesionalizadas y sus implicaciones en la política de las mujeres, retomaré algunos principios de los movimientos sociales, la sociedad civil y la teoría política de Cohen y Arato (2001).

Los autores proponen reconocer la importancia de la sociedad civil como personajes claves dentro de los nuevos movimientos del siglo XXI, debido a que pueden tener una influencia al propiciar reflexiones, críticas al sistema o abrir espacios para escuchar otros modos de pensar y vivir la vida cotidiana, lo que repercute a su vez, según los autores, en las acciones de Estado y en la economía.

También cuando la sociedad civil se organiza y se consolida en una institución (como lo son las organizaciones de la sociedad civil) éstas pueden influir, por ejemplo: en lo que se refiere a la modificación de las leyes o la construcción de estas; de tal modo la sociedad civil cobra un papel importante y a nivel teórico logra ser una categoría de análisis, como lo proponen Cohen y Arato (2001).

Es así como la sociedad civil puede organizarse y asociarse, lo que manifiesta la capacidad de las personas de asumirse como sujetos sociales; la agrupación surge de: 1) la voluntariedad, basado en la libertad de asociación y que implica el deseo de participar en ella sin coerción, 2) la igualdad de los miembros que en principio

constituye un patrón de organización horizontal en vez de jerárquico y 3) establecen reglas formales para operar. Lo mencionado da lugar a las características de la triada moderna del modelo de asociación: la libertad, la igualdad y la solidaridad (Collin y Molina, 2009).

Dichas asociaciones –ya como organizaciones– tienen varias peculiaridades, como ser organizaciones estructuradas; es decir, con reglas formales para operar, también están localizadas fuera del aparato formal del Estado, no distribuyen lucros, son autogobernadas y están formadas por personas comprometidas en un esfuerzo común, voluntario (Collin y Molina, 2009).

En lo que respecta a la atención del parto, la Asociación Mexicana de Partería buscaba representar a las parteras del país en una organización que difundía su trabajo basado en el enfoque del parto respetado. Al respecto Laako (2017) sitúa el trabajo de las parteras contemporáneas como un movimiento social que se enmarca en un movimiento más grande a nivel internacional, el relacionado con los derechos sexuales y reproductivos. Éste dirige su crítica a la forma de atender el nacimiento en los hospitales, que como he mencionado en capítulos anteriores suelen tener mayor posibilidad de violencia obstétrica o cesáreas injustificadas, debido a que en el país los servicios de salud pública en general, y de salud materna en particular, requieren de una reestructuración profunda ya que en este momento están colapsados. En este contexto cobra entonces relevancia la base del discurso de las parteras profesionalizadas, quienes pretenden atender con prácticas menos invasivas la salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuya salud no esté en riesgo, bajo el esquema de parto respetado.

Siguiendo con Laako (2017), retomamos que a nivel internacional existe un movimiento de parteras que difunde el parto respetado, y en México se podría esperar que la Asociación Mexicana de Partería (AMP) fuera la instancia que dirigiese o formara parte de dicho movimiento; sin embargo, a juicio de la Laako no fue la AMP, sino las parteras autónomas (un tipo de partera profesionalizada) quienes han impulsado el movimiento político de partería en nuestro país. Hago mención de ello porque Cohen y Arato (2001), en su propuesta teórica sobre la

sociedad civil, consideran de suma importancia la identidad en los grupos organizados, ya que será la base no sólo de su ser como grupo, sino también fijará el rumbo hacia dónde quieran dirigir sus acciones ya sean colectivas, como el ejemplo de la AMP, o individuales como el ejemplo de las parteras autónomas del que habla Laako (2017).

La propuesta teórica de Cohen y Arato (2001) dice que la sociedad civil puede organizarse de manera voluntaria, lo que genera una política dual: de identidad y de influencia. Lo que respecta a la identidad no sólo hace referencia a su reconocimiento dentro de la sociedad, sino también a nivel político, en donde quieren tener peso; por otro lado, la influencia busca acceder en el ámbito legal, económico y administrativo; es decir, en la movilización de los recursos y en el poder.

Finalmente, para los autores, los movimientos sociales contemporáneos desean generar pluralidad de opiniones, crear nuevos espacios públicos, a la vez de ampliar y revitalizar los espacios que ya están institucionalizados (Cohen y Arato, 2001). En lo concerniente a las mujeres y su organización, Cohen y Arato reconocen la importancia de considerar el género dentro de su análisis conceptual, debido a que identifican que es en las relaciones personales donde se establecen los principios de comunicación y organización interna que se manifiestan en la forma de relacionarse entre hombres y mujeres, entre géneros, lo que repercute sin duda en la vida cotidiana.

Respecto a la organización entre mujeres, ésta tiene sus peculiaridades debido a que el poder, el manejo del dinero, la administración y la capacidad de asociación han sido ámbitos históricamente masculinos y ejercidos durante décadas por los varones, de tal modo que las mujeres tienen menor experiencia en dichos temas (Valcárcel, 2008 y Lagarde, 2005). También cuando se habla de política es importante diferenciar por quién está hecha y hacia quién está dirigida, puesto que el género marca una diferencia en ello, de aquí la importancia de diferenciar la política hecha por varones de la realizada por mujeres (Saldaña, 2007).

Por lo tanto, en lo que respecta a esta tesis, la pregunta de investigación a saber es: ¿Existe, y en tal caso, cómo es la organización de las parteras profesionalizadas para poder solventar la problemática que afrontan desde lograr una incidencia política hasta el reconocimiento de su profesión y su normatividad?

A continuación, hablaré de las especificidades de la política de las mujeres en un contexto organizativo y la importancia de considerarla con sus particularidades, para esta tesis.

## LA POLÍTICA DE LAS MUJERES

La autora Amelia Valcárcel (2008) menciona que desde el siglo XVIII la construcción de lo femenino se ha centrado en la reproducción biológica y a esta se le ha adjudicado atributos como la paciencia, la tranquilidad, la dulzura, la sensibilidad y la moral. Según la autora, dichas características tienden a idealizar a la mujer y a crear un solo imaginario posible de serlo. Además de asignarle roles como el cuidado del otro o el servicio hacia los demás: al esposo, los suegros, los padres, los hijos, o el cuidado de la casa, actividades todas que se relacionan con el trabajo doméstico, considerado inferior al trabajo que se realiza fuera del hogar y que generalmente es atribuido a los varones; colocando así a las mujeres en un sistema jerárquico donde lo valorado y priorizado es el trabajo masculino en particular, y todo lo asociado al varón, en general.

De ese modo se crea la mujer *para los otros*. Entonces, pensar en los deseos, en las necesidades individuales, propias de las mujeres, en principio plantea un reto, puesto que desde hace siglos se ha dado prioridad a las necesidades de los demás dejando de lado las exigencias de las mujeres y la posibilidad de construir un nosotras como colectivo (Valcárcel, 2008).

La construcción de un nosotras para las mujeres tiene relevancia puesto que abona a la consolidación de un grupo genérico que podría cuestionar y hacer frente a las jerarquías sociales y así transformar la realidad. Autoras como Valcárcel (2008) o



Lagarde (2005) consideran que la apuesta por la construcción de un nosotras es el principio para hacer política, pero no cualquier política, sino una hecha por nosotras centrada en las necesidades de las mujeres.

Para ello plantean puntos clave para relacionarlos entre mujeres, lo que han llamado principios éticos. En seguida enunciaré dichos principios y los ejemplificaré con información obtenida durante los foros de parteras a los que he asistido con la finalidad de que lo mencionado sea claro para los/las lectoras.

- Escucha activa entre mujeres (Lagarde, 2005)

Uno de los foros de parteras en México del 2017 tenía como objetivo elegir a las representantes estatales, para ello las parteras que trabajaban en la misma región se reunieron y enlistaron las características y habilidades que consideraron pertinentes debía de tener la partera que las podía representar. Posteriormente las parteras seleccionadas para ocupar el puesto se presentaron en plenaria y mencionaron sus propuestas de trabajo en caso de ocupar el cargo. Lo mencionado fue un ejercicio de escucha entre las asistentes, de esa manera pudieron primero identificar las características ideales de la persona que las representaría a nivel estatal, después escuchar las propuestas, para finalmente elegir.

- “Buscar y considerar los territorios, temas e ideas coincidentes entre mujeres, analizar en conjunto la situación y evitar ser instrumentalizadas en contiendas vanas” (Valcárcel, 2008).

A los foros asisten diversas parteras, unas trabajan en ámbitos urbanos y otras en sitios rurales, pero todas han intentado identificar las necesidades comunes; sin embargo, no han llegado a consenso y en el último foro se cuestionaban si en realidad debían tener un consenso o más bien reconocer que los ámbitos son diferentes. A partir de lo analizado en los foros se propuso cambiar de estrategia; es decir, considerar tener una representante

rural y otra urbana en donde ambas se respeten y se traten de manera horizontal.

Después de un proceso reflexivo, las parteras reconocieron la incapacidad de llegar a un acuerdo y con el cambio de estrategia buscaban una posible solución a su situación, evitando discusiones que no llegaran a ningún lado.

- Si la contienda tiene que existir, que se pongan a prueba las valías y se guarden los respetos condignos (Valcárcel, 2008).

Para la selección de representantes estatales, las parteras asistentes se presentaron diciendo su nombre, edad, idioma(s) que hablan, lugar de origen, lugar donde trabajan, años de experiencia, si han tenido cargos previos en su comunidad o en alguna otra organización y su propuesta de trabajo, posterior a ello votaron para elegir a la representante. El proceso de selección consistió en dar a conocer a las asistentes quiénes eran las personas que se postulaban, cuáles eran sus habilidades y propuestas, partiendo del reconocimiento entre ellas mismas.

- Cada mujer puede y debe avalarse con qué es y quién es (Valcárcel, 2008).

La partera elegida durante la votación fue una partera rural, ella en su presentación se describió como una mujer indígena que habla cuatro idiomas: chol, tsotsil, tseltal y español, aprendió partería por la transmisión de conocimientos a través de su madre y herencia familiar, ha tenido diversas capacitaciones en otros lugares de la república, no sólo capacitaciones sobre partería sino también de liderazgo y organización, además tiene un cargo comunitario en su localidad. Al recibir el nombramiento, primero habló en su lengua natal y luego en español. Con base en lo enunciado notamos que la partera seleccionada reconoce sus fortalezas y hay un auto reconocimiento.

- Nunca varias mujeres se pueden permitir el tratarse en sí a la baja,<sup>12</sup> acudiendo únicamente a esa característica para tomar posiciones (Valcárcel, 2008:198)”.

Lo enunciado es un principio que todas las mujeres debemos de tener en mente puesto que se basa en el respeto, sin embargo, no siempre ocurre. En el foro mencionado, la representante elegida por votación fue una partera rural, indígena y fue cuestionada con frases como: no sabe inglés, ¿cómo se va a relacionar con la asociación internacional de matronas?, le queda grande el puesto, ¿será capaz?, ¿sabrán manejar los recursos financieros?, ¡renuncia! estás a tiempo (notas de campo, noviembre y diciembre 2017). Lo que deja ver actitudes que parten de la descalificación de otras mujeres hacia una compañera; descalificaciones que se relacionan con la etnia, la clase y cuestionan las capacidades de la partera elegida sin un sustento, menoscabando la autoestima colectiva entre mujeres.

- Acciones de sororidad (Lagarde, 2005)

La sororidad se entiende como la solidaridad que se puede tener entre mujeres y que tiene características como la escucha activa, la empatía y la disposición a colaborar entre ellas. Al foro se invitaron parteras de Canadá y de Chile con el objetivo de intercambiar experiencias. En sus presentaciones hicieron énfasis en la manera en la que lograron organizarse, en principio para poder formar un gremio y después cómo han hecho y qué camino han recorrido para relacionarse con los ministros o representantes de salud de sus países. En dicho intercambio se fomentó la escucha activa, el intercambio de experiencias y el ánimo de seguir organizándose como parteras, tomando en consideración que otras compañeras han logrado posicionarse como gremio en sus países.

---

<sup>12</sup> Se refiere a la falta de respeto en el reconocimiento de los logros en la trayectoria entre pares.

Si bien, los puntos clave para relacionarlos entre mujeres no pretenden ser una receta infalible, sí proponen aspectos a considerar para poder realizar asociaciones asertivas que busquen el bien común de un grupo de mujeres.

También Valcárcel (2008) habla de la importancia de formar redes debido a que éstas ofrecen operacionalidad y oportunidades resolutivas. Al respecto hace una reflexión en la que sostiene que, tanto en las asociaciones, como en las redes se necesita confianza, no obstante, propone diferenciar la confianza de la amistad; dice que en temas laborales no necesariamente la confianza lleva implícita la amistad, porque una red no supone una relación estrecha sino operativa, todo ello en busca de negociaciones comunes para llegar a la acción (Valcárcel, 2008).

Entonces, entiendo como política de las mujeres a las acciones organizadas que se pueden realizar entre ellas para posicionar una idea que beneficie a un colectivo de mujeres. Considero que las interacciones entre mujeres tienen una repercusión a nivel colectivo, pensar y actuar en plural implica plantearse problemáticas afines a las mujeres para así poder sustentar una idea que busque un bien común para el beneficio de “nosotras las mujeres”, lo dicho implica hacer política.

Es una forma de hacer política que concierne a este género, que tiene retos y particularidades propias cuyo eje principal es retomar las necesidades de las mujeres para llegar a la acción y transformar una realidad; es decir, son acciones organizadas propuestas por mujeres, hechas por ellas. Aquí está situada mi tesis y busca indagar en ello.

Cuando hablo de política de las mujeres y parteras profesionalizadas hago alusión a varias dimensiones: la primera dimensión es la interior, es decir, indaga sobre la forma en la que se organizan entre parteras profesionalizadas. La segunda dimensión es la exterior; son las acciones que ellas realizan en la atención al parto y lo que ofrecen a las embarazadas, que como he dicho en párrafos anteriores parten de otra epistemología, la que considera a las mujeres personas *sujetas de derechos capaces de relacionarse de manera horizontal con la partera* (vea el trabajo de Laako, 2017 y el de Sánchez 2016).

A partir de la interacción entre la primera y la segunda dimensión surge la tercera dimensión, la que adquiere un nivel político: la que cuestiona la forma predominante en la atención al parto –la hospitalaria–, pero también lo relacionado con el reconocimiento de su profesión, así como su posible incidencia en los marcos legislativos mediante los cuales pueden validar su campo laboral.

A todo ese conjunto de interacciones es lo que autoras como Valcárcel o Lagarde han nombrado política de las mujeres.

## METODOLOGÍA

Para desarrollar la investigación partí del marco teórico de Género y Salud utilizando una metodología cualitativa debido, primero, a que aún son muy pocas las parteras que están en esta nueva era de la partería en el país, y segundo, al interés de conocer el punto de vista de las parteras sobre su organización, así como las acciones que ellas hacen para tener una influencia, tanto en su comunidad, como para relacionarse con las instituciones de salud.

La relevancia de la metodología cualitativa radica en que es interés de esta investigación, conocer cómo las parteras profesionalizadas se involucran en sus procesos organizativos dando prioridad a las interpretaciones que ellas elaboran sobre su quehacer profesional (Ortí, 1995).

Así, se retoman las experiencias de las participantes, se sitúan en su contexto e indaga en las relaciones que se establecen entre ellas, para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada: ¿Existe, y en tal caso, cómo es la organización de las parteras profesionalizadas para poder solventar la problemática que afrontan, desde lograr una incidencia política hasta el reconocimiento de su profesión y su normatividad?

Para este estudio, las características de las parteras como la clase, etnia, escolaridad, experiencia laboral o edad son elementos de importancia debido a que interactúan entre sí para mostrar el protagonismo de las parteras, sus resistencias, rebeldías, así como los acuerdos y desacuerdos entre ellas, componentes que pueden influir en su organización.

El trabajo de campo lo realicé a lo largo de cuatro años de investigación (de noviembre de 2016 a mayo de 2019).

En una primera etapa, hice trabajo etnográfico en el Congreso de la Unión en un evento de la Cámara de Diputados en noviembre de 2016 en la Ciudad de México (CDMX), en el 5º Foro Nacional de la Asociación Mexicana de Parteras (AMP) en

diciembre 2017, y en dos foros estatales de la AMP en Chiapas (noviembre 2017 y febrero 2018).

Para dar respuesta al **objetivo específico uno** que pretendía documentar y analizar los marcos legislativos que traten de la partería profesionalizada, llevé a cabo una búsqueda de la información documental relacionada con el reconocimiento de la partería como profesión, así como una revisión bibliográfica en torno a los marcos legislativos respecto a la partería profesionalizada.

Empleé la información obtenida para elaborar el primer artículo, titulado “Professional midwives and their regulatory framework in México”, que habla de un contexto nacional, si bien es un artículo de revisión, también tomó en consideración información derivada del trabajo de campo.

La metodología para elaborar el artículo fue la siguiente:

- a) Revisión bibliográfica de marcos normativos internacionales.
- b) Revisión bibliográfica de marcos normativos nacionales.
- c) Asistencia al senado en noviembre de 2016, asistencia al foro nacional de la AMP (diciembre 2017) y a dos estatales en Chiapas de la AMP (noviembre 2017 y febrero 2018) en los que se realicé etnografía, los temas de interés fueron la problemática a la que se enfrentan las parteras profesionalizadas en su labor cotidiana y la pertinencia de la certificación versus regulación de la profesión.
- d) Recopilación de información en notas de campo y audios para luego ser trabajada mediante el análisis del contenido. Contrasté la experiencia de las parteras con lo enunciado en la legislatura para identificar logros y temas normativos deficientes o inexistentes, esto lo hice con un enfoque de Derechos Humanos.

Es importante mencionar que en el terreno legislativo la información sobre parteras profesionalizadas es escasa, de ahí la importancia de su publicación como estudio pionero en el tema en el México contemporáneo.

Para dar respuesta a los demás objetivos específicos planteados realicé entrevistas semi estructuradas, en una segunda etapa de trabajo de campo, del mes de marzo a mayo de 2019 en SCLC. Para ello invité a nueve parteras profesionalizadas a participar en las entrevistas de esta investigación, dos no respondieron y siete aceptaron participar.

Las entrevistas semi estructuras son una técnica metodológica cuya función es ahondar en un tema, para el cual se emplea un cuestionario con preguntas guías que consideran ejes de interés central, este tipo de técnica permite que las entrevistadas hablen de sus inquietudes particulares, siendo trabajo de la entrevistadora seguir con los tópicos guía. Esta técnica tiene como prioridad conocer el punto de vista de las entrevistadas, y pone énfasis en el conocimiento de las personas y los significados que tienen de los fenómenos sociales (Alonso, 1999).

Mediante un consentimiento informado se explicó en qué consistía el trabajo de investigación, el cual fue firmado por dos entrevistadas, las otras cinco dieron su consentimiento de manera verbal; todas las entrevistas fueron grabadas bajo su autorización y respetando el anonimato.

En total hice siete entrevistas semiestructuradas conforme a las guías planteadas en el anexo 1, que contiene el instrumento metodológico aplicado.

Para dar respuesta **al objetivo específico dos**, que se proponía caracterizar la forma de organización entre parteras profesionalizadas en SCLC, tomando en cuenta la edad, escolaridad, años de experiencia, grupos de atención y liderazgo como factores que pueden influir en la organización entre ellas; recopilé sus datos demográficos y formulé preguntas relacionadas con la organización.

La categoría de análisis que trabajé fue *la organización*, entendida como la capacidad de reunirse de un grupo; implica el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que fomenta un proceso de ciudadanía y sienta las bases para participar en la normativa que rige la vida cotidiana, así como en la movilización de los recursos. En ella hice además especial énfasis en los componentes de identidad



e influencia, conceptos que retomo en el marco teórico de esta tesis, planteados por Cohen y Arato (2001).

Para dar respuesta **al objetivo específico tres** que planteaba evidenciar y analizar las dinámicas de liderazgo, sororidad, poder y estratificación que se establecen entre parteras profesionalizadas de SCLC para conocer cómo estas influyen en la organización entre ellas; realicé trabajo etnográfico en el 5º foro anual de la AMP en diciembre 2017 y en dos foros estatales en Chiapas de la AMP (noviembre 2017 y febrero 2018).

Además de las entrevistas, cuyas preguntas tenían como categoría de análisis la *forma de trabajo*, esta categoría enlistó las actividades que realizan las parteras profesionales y describe la manera en la que realizan su labor, así como las relaciones que establecen entre ellas.

Finalmente, para **el objetivo específico cuatro**, que proponía indagar y analizar las acciones que hayan realizado las parteras profesionalizadas de SCLC para el reconocimiento de su profesión, así como las propuestas que influyen en el ejercicio de su profesión como acciones que contribuyen en la política de las mujeres; empleé las entrevistas semi estructuradas utilizando la categoría de análisis de *influencia política de su trabajo*. Esta categoría indaga sobre el alcance que puede tener el trabajo de las parteras profesionales, ya sea con su comunidad o con el sector salud. También hice preguntas para saber si ellas consideraban que su trabajo tiene una postura política y cuestioné acerca de la relación que establecen con las instituciones de salud.

En lo que respecta al Género y la política de las mujeres, durante el trabajo etnográfico pude observar las dinámicas de liderazgo, sororidad y estratificación que se establecen entre ellas, y en las entrevistas pregunté sobre los aspectos clave para relacionarse entre mujeres, lo que las autoras Valcárcel (2008) y Lagarde (2005) han llamado principios éticos y que desarrollo en el marco teórico de esta tesis.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, posteriormente transcritas, codificadas y analizadas.

Por otro lado, y antes de finalizar el capítulo, considero importante mencionar que la metodología cualitativa, en especial la etnografía feminista de la que nos habla Patricia Castañeda (2012), considera que la presencia de la investigadora, al estar con las participantes, aunque sea como observadora, irrumpe en la dinámica, – aunque no sea el deseo de la investigadora– generando cambios al interior. Para no minimizar este hecho, se sugiere que la investigadora se sitúe; es decir, se describa y se reconozca como otro factor que interactúa en el estudio.

Lo mencionado también da la posibilidad de redactar en primera persona como hecho en que me reconozco a sí misma como personaje activo en la investigación, de la cual puedo-debo apropiarme.

En consonancia con lo enunciado, me situaré como investigadora dentro de este estudio. Soy Liliana de 39 años de edad, heterosexual, de clase media, estudiante de doctorado, madre soltera de un varón de 11 años de edad. Médica egresada de la Universidad La Salle con estudios de maestría en Desarrollo Rural en El Colegio de la Frontera Sur.

A nivel laboral, me he desempeñado, tanto en comunidades indígenas como en urbanas, de diversas formas, ya sea, dando consulta médica, impartiendo talleres de medicina preventiva, impulsando talleres y actividades de promoción de la salud, capacitando a parteras rurales-empíricas en métodos de planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos, así como, brindando servicios médicos para la interrupción del embarazo.

También he participado en investigaciones sobre violencia obstétrica en el Hospital General de la Ciudad de México y en una investigación sobre casas de parto en diferentes estados de la república.

El trabajo sobre casas de parto me dio pauta para conocer a diferentes parteras profesionalizadas, de diversas entidades, así como la oportunidad de observar las

interacciones que establecen entre ellas, y tener un acercamiento con las actividades que realizó la AMP; lo que me permitió idear esta tesis, incluso antes de postularme para el doctorado.

En un recuento, esta investigación es el resultado de un conocimiento previo, de cinco años, lo que me permitió ver y documentar hasta cierto punto, el desarrollo, expansión y caída de la AMP, así como identificar a las posibles participantes en esta investigación, para finalmente concretarla en SCLC.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que presento fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de El Colegio de la Frontera Sur, por lo cual tomé en cuenta lo establecido en la “Guía para la incorporación de aspectos éticos en los protocolos de investigación”.

A todas las entrevistadas les informé sobre el objetivo del estudio y pedí de manera voluntaria su participación, a la que accedieron, ya sea por medio de un consentimiento informado, el cual firmaron o mediante su aceptación verbal. Las entrevistas realizadas fueron grabadas bajo su autorización, respetando el anonimato y confidencialidad de los datos recabados.

## RESULTADOS

### EL RECONOCIMIENTO DE LA PARTERÍA COMO PROFESIÓN Y EL MARCO LEGISLATIVO DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA EN MÉXICO

El producto final del análisis de los marcos legislativos que tratan de la partería profesionalizada fue el artículo titulado “Professional midwives and their regulatory framework in Mexico”, el cual será publicado por la revista Mexican Law Review de la UNAM, y se encuentra en el anexo 2 de esta tesis.

El artículo tuvo como objetivo mostrar la situación legal de las parteras profesionalizadas de México en relación al ejercicio de su trabajo, para ello se exploran las implicaciones de considerar el marco de los Derechos Humanos, según se establece en el Art. 1º de la Constitución, como base para la regulación de la partería profesionalizada, utilizando como metodología el análisis comparativo de contenidos de diversos marcos regulatorios en materia de salud sexual y reproductiva en nuestro país, pero amparados en tratados y convenios internacionales.

Los resultados muestran que la legislación mexicana contempla la partería hasta cierto punto, pues falta definir conceptos importantes como son: qué se entiende por partería profesionalizada, en dónde pueden laborar estas parteras—más allá de los espacios hospitalarios—, los sitios donde se puedan formar con validez oficial, así como dar sustento jurídico al reconocimiento de su profesión, mediante estándares educativos y laborales.

A manera de conclusión, se muestra en el artículo que existen suficientes documentos internacionales (convenciones, conferencias y recomendaciones) que pueden ser un marco de referencia para la reelaboración de normas, reglamentos, así como de políticas públicas, sobre la atención al nacimiento por parteras profesionalizadas en nuestro país de manera regulada, que garanticen la seguridad tanto a madres usuarias de sus servicios como a las parteras que los proporcionan, con una formación profesional adecuada (con la correspondiente creación de

escuelas), para hacer frente a los retos de la salud en el país, ejerciendo su trabajo sin el riesgo de hacerlo en medio de un vacío legal.

## **¿QUIÉNES SON LAS PARTERAS ENTREVISTADAS?**

En el siguiente análisis empleé la categoría de identidad de la que hablan Cohen y Arato (2001), la cual, responde a la pregunta ¿quiénes somos?, la respuesta a este cuestionamiento es el principio para reconocerse al interior, cimiento que da pauta a identificarse y presentarse al exterior. Para describir la identidad de las entrevistadas recopilé sus datos sociodemográficos, tales como: edad, años de experiencia, nacionalidad, entre otros, como se explicó en la metodología, aunado a las observaciones y trabajo etnográfico que hice en los foros. En dichos espacios vi cómo se desenvolvían, la forma de interactuar entre ellas, y los temas de los que hablaban, la conjunción de toda la información me dio pautas para describir quiénes son, así como identificar intereses tanto comunes, como divergentes.

Con base en la información recopilada sabemos que todas las participantes son madres, su tiempo de experiencia laboral varía entre los 6 y 15 años de servicio, todas están involucradas en la capacitación de nuevas parteras y han atendido cada una de ellas por lo menos 100 partos.

Algunas residen en SCLC, otras viajan para trabajar en SCLC y regresan a sus casas ubicadas fuera de este municipio.

Atienden a mujeres de SCLC, a mujeres indígenas que viven en la ciudad, a embarazadas indígenas de comunidades aledañas, a mujeres de otros estados de la república y a embarazadas de otros países que las buscan; es decir, brindan sus servicios a un amplio y diverso grupo de atención.

A continuación, se muestra la tabla 1 de resultados:

Entrevistada	Rango de edad	Escolarización por la que llegó a la partería	Idiomas que hablan	Actividades laborales que desempeña
1	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Español	Partera en una Casa de partos. Ahí colabora en la administración. En otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria.
2	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Español	Empleada como coordinadora operativa en una asociación civil, en la que trabaja con parteras tradicionales. En otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria. Además, tiene una asociación civil propia.
3	30 a 40 años	Técnica en urgencias médicas y estudios autodidactas relacionados con la partería	Español	Partera de una Casa de partos. En su comunidad da atención al parto de manera domiciliaria. Forma asistentes en partería. Y tiene una asociación civil propia.
4	20 a 30 años	Estudios inconclusos y formación autodidacta relacionados con la partería	Español	Partera de una Casa de partos. En su comunidad da atención al parto de manera domiciliaria. Forma parte de una asociación civil propia.
5	40 a 50 años	Médica partera	Español	Partera de una Casa de partos. Atención al parto de manera domiciliaria. Y tiene una asociación civil propia.
6	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Tzotzil Español	Empleada como coordinadora de programa de salud integral en una asociación civil, en la que trabaja con parteras tradicionales. En otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria. Tiene una asociación civil propia.
7	30 a 40 años	Estudios de partería en el extranjero, en México recibió capacitación en una casa de partos	Inglés Español	Directora de una casa de partos.

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo, 2019.

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de las entrevistadas desempeña varias actividades laborales, no se limitan a la atención al parto, algunas adicionalmente tienen sus asociaciones civiles en las que desarrollan actividades como:

- El acompañamiento y capacitación a parteras tradicionales mexicanas y guatemaltecas.
- La capacitación de asistentes en partería mediante un diplomado avalado por la Cruz Roja y otros proyectos educativos.
- Proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación.

La entrevistada 4 dice “hacemos trabajo regional, en lo local” (notas de campo, 2019). Las entrevistadas tienen un trabajo que tiene una incidencia local en la ciudad de SCLC con alcances en las comunidades aledañas de la región V Altos de Chiapas. En el caso de las entrevistadas 2 y 6, el trabajo de su organización civil es en el municipio de la Trinitaria, en la frontera y en Guatemala.

### **¿REALMENTE SE CONOCEN?**

En este apartado, nuevamente trabajo con la categoría de *identidad*, pero haciendo hincapié en la dimensión grupal, colectiva, con un alcance nacional, en el que se manifiesta el uso de redes virtuales como medio para relacionarse.

A las entrevistadas de SCLC les pregunté si se conocían entre ellas y la respuesta de todas fue sí, se conocen debido a que han coincidido en algunas reuniones ya sea con la Jurisdicción Sanitaria, con el Comité Promotor por una Maternidad Segura, por medio de las organizaciones civiles que trabajan o apoyan temas relacionados con la partería, en capacitaciones, congresos o foros.

Sin embargo, tal vez se conocen, pero no tan a fondo: “Somos tan poquitas que nos podemos contar, somos tan poquitas que por medio de redes sociales [*Facebook* y



*WhatsApp*] nos hemos conocido y así, tal vez en un taller ¡y ya!, pero la apuesta yo creo es en lo local” (entrevistada 4, 2019).

Otra opina: “Sí nos conocemos, pero pues no, como que cada una tiene sus propios protocolos o sus propias maneras” (entrevistada 1, 2019).

Un comentario más al respecto: “Todas estamos bien separadas, sí nos conocemos, pero no sabemos qué están haciendo las demás, sabemos que estamos trabajando con los partos o por la partería, pero desde allá” (entrevistada 5, 2019).

También les pregunté si se conocen como parteras profesionalizadas a nivel nacional, y contestaron que sí, para ello hacen uso de las redes sociales y son parte de un grupo. “La mayoría somos de diferentes estados. Te digo somos poquitas y dispersas. Somos muy pocas aproximadamente [sic] en todo el país, tengo un grupo de *WhatsApp*” (entrevistada 2, 2019)

Además de ubicarse mediante redes sociales también hacen uso de esas redes virtuales para dar sus datos a mujeres embarazadas que buscan los servicios de partería.

Si, yo creo que en general hay mucha organización local, así las que estamos en Jalapa, las que estamos en San Cristóbal, las que estamos en DF<sup>13</sup>. Y sí hay como muchos grupos de redes sociales, por ejemplo: donde alguien de repente dice ¿una partera en Puebla?, ah pus<sup>14</sup> tal; ¿una partera que atienda vaginal después de dos cesáreas?, pus fulana [sic], y así. Eso sí como que lo hacemos mucho y ahí hay mucho, pus mucho contacto así virtual, con gente que nos conocemos (entrevistada 5, 2019).

Mediante las entrevistas conocí el trabajo de cada partera, tres de las entrevistadas lo han llamado “trabajo local o en regional” y al preguntar sobre un grupo más amplio, el de las parteras profesionalizadas a nivel nacional, encontré que algunas sí se conocen físicamente y como ya mencioné, también se relacionan virtualmente, con ello establecen redes de apoyo que para el marco teórico en el que se inserta

---

<sup>13</sup> Ciudad de México.

<sup>14</sup> Pus es la contracción de *pues*.

esta tesis es de importancia, debido a que estas redes ofrecen operacionalidad y oportunidades resolutiveas como en los ejemplos citados.

## **¡LO QUE ACÁ FALTA, ES TIEMPO!**

En este apartado exploré respecto a cómo distribuyen su tiempo las parteras entrevistadas y de qué manera priorizan sus actividades; tal como se muestra en la tabla 1, tener varias actividades laborales les implica tener su vida cotidiana muy ocupada, respecto a eso comentan: “Sí me es un poquito difícil tener dos cargos porque salgo de mi trabajo, me voy allá a la casa, que en la casa está nuestra oficina y tengo que hacer cosas, sí es pesado” (entrevistada 2, 2019). La entrevistada 5 explica: “Son cosas que te requieren como un montón de tiempo, ¿sabes?, desde llénate el formato, súbelo y manda la foto y actualiza la credencial y no sé, insisto lo que acá falta es tiempo” (notas de campo, 2019).

Autoras como Valcárcel (2008) y Lagarde (2005) mencionan que las actividades cotidianas (como las labores de cuidados o el trabajo doméstico) que realizan las mujeres implican mucho tiempo y a éstas se le agregan cargas laborales, sometiéndolas a grandes jornadas de trabajo como en los ejemplos citados. Más sobre lo enunciado:

Realmente vamos sacando los gastos ahí como se va pudiendo, esta cosa de vamos a luchar por la legalización de la partería como licenciatura y que abran escuelas públicas, ¿sabes?, son cosas que te requieren todo el esfuerzo del mundo, tiempo, dinero, este, o sea andar oficiniando<sup>15</sup> y pues nosotros tenemos que esterilizar el equipo, limpiar el consultorio, atender el parto y lavar la cubeta y hacer la consulta y revisar al niño, ¿sabes?

Entonces todavía esta cosa de “hay que juntarnos para...”, también pasa eso que la mayoría de las parteras que estamos trabajando así activamente pues tenemos esta edad, en que estamos con familia y con hijos y la renta y el trabajo y todo, entonces luego te falta vida para sacar ciertos proyectos, de ¡vamos a organizarnos!

---

<sup>15</sup> Se refiere a las actividades propias de una oficina y que requiere estar sentada mucho tiempo.

Y porque estamos ya también enroladas en nuestros propios proyectos de la A.C. (entrevistada 5, 2019).

Un comentario más: “Y además tenemos nuestros hijos y además tenemos... ¿y quién lo va a hacer? Porque *está bien padre*<sup>16</sup> pero... pero ¡que lo haga otro!” (Entrevistada 4, 2019).

Otro comentario:

Yo soy muy introvertida, para poder terminar mi escuela me metí a escribir como mil páginas en pocos años, trabajando de tiempo completo y siendo madre soltera, entonces realmente no... ahorita tengo un bebé chiquito, estoy estudiando a distancia una maestría y trabajo tiempo completo (entrevistada 7, 2019).

Como podemos observar las integrantes tienen muchas ocupaciones que limitan la posibilidad de agruparse gremialmente, respecto a esto la teoría de Género y Salud dice que las mujeres frecuentemente son quienes realizan la mayoría de las actividades de cuidado dentro del núcleo familiar, además de las labores domésticas. Desde ese panorama, el concepto de mujer se concibe como el de un *cuerpo-para-otros*. En el caso de las parteras entrevistadas, su trabajo tiene una carga laboral que implica además el cuidado de otros como son las embarazadas, parturientas y recién nacidos, lo que genera una sobre carga de responsabilidades.

Autoras como Valcárcel (2008) dicen que todas las actividades que realizan las mujeres deben visibilizarse, primero porque su trabajo tiene un valor y luego porque las labores que realizan implican tareas que deben resolver previamente, en caso de que deseen juntarse para organizarse. Con la perspectiva de Género y Salud se logra ver las diferencias y desigualdades entre los géneros, para Amelia Valcárcel (2008) y Marcela Lagarde (2005) no es lo mismo organizarse o querer hacer política para los hombres que para las mujeres; a las mujeres les implica un mayor esfuerzo por todas las ocupaciones que tienen que asumir al mismo tiempo para reproducir su cotidianidad y su trabajo.

---

<sup>16</sup> Expresión que indica que algo está muy bien.

## ¿ORGANIZARSE PARA QUÉ?

En este apartado, la categoría de análisis que desarrollé fue *la organización*, entendida como la capacidad de reunirse de un grupo, implica el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que fomenta un proceso de ciudadanía y sienta las bases para participar en la normativa que rige la vida cotidiana, así como en la movilización de los recursos (Cohen y Arato, 2001).

En las entrevistas pregunté sobre la importancia de organizarse como gremio (el de las parteras profesionalizadas) y éstas fueron algunas de las respuestas:

Híjoles<sup>17</sup>, uno y el más grande de todos los [retos] antes que el reconocimiento, antes que todo, creo que el dato más importante es la organización y que todas vayamos por el mismo camino porque cada una o cada grupo o como le gustes llamar, cada una tiene sus caminos y si no nos unimos, no vamos hacer nunca nada y va a seguir igual... respetando todo esto, pero que todas estemos unidas, ese es como el factor principal de todo esto que no se ha podido hacer mucho. Y por eso está una asociación, otra, que esto y que otro; sino estamos unidas nunca vamos a hacer nada y cada quien va a caminar por su camino.

También pues hay parteras que están tan decepcionadas que prefieren como hacerse a un lado. Y pues, yo con que trabaje y esté bien lo demás no me interesa, entonces pues te digo, algo bien importante que siempre lo hemos hablado y platicado y comentado en otras partes, es eso: unirnos. El unirnos las parteras para poder hacer algo grande (entrevistada 1, 2019).

La entrevistada 2 comenta al respecto:

En principio, yo creo es juntarnos, no sé, buscar la manera de reunirnos y platicar, sentarnos bien, ¿qué queremos, no?, ¿qué queremos hacer, cómo lo queremos hacer y para qué lo vamos hacer? Y de ahí parte lo demás de trabajo, que sería ya hacer el grupo, la organización, fortalecernos entre nosotras mismas y probablemente hacer una incidencia en la apertura de nuevas escuelas para nuevas compañeras que están con el interés de quererse preparar, sería eso (notas de campo, 2019).

---

<sup>17</sup> En México, híjoles representa una expresión de sorpresa

### Un comentario más:

Este, desde el año pasado estamos como pensando ver en qué forma nos tenemos que organizar, también no hemos logrado hacerlo porque pues cada quien está en su trabajo y otros por el económico pus no hemos podido reunirnos porque nuestro plan es hacer nuestro... tener nuestro gremio de parteras técnicas.

Nosotros también, pues deberíamos de organizarnos, aunque está ese plan de que queremos organizarnos, no importa cuántas quieran porque yo sé que a la mejor hay algunas que no se quieren organizar, pero las que gusten no pus yo creo está bien que nos organicemos porque es muy importante ver que ahí estamos y que en alguna forma tenemos que actualizarnos y todo, aunque yo sé que cada quien por sus rumbos se están actualizando como puedan, pero no es lo mismo a que estemos reunidas.

Entonces pues hasta ahorita nuestro plan es eso, es organizarnos, pero no se ha hecho en sí, este vamos a ver si este año se puede lograr algo por lo menos reunirnos con algunas representantes de cada estado y ver en qué manera también se organizan en donde quiera que están y así ver en qué forma pueda ser el gremio de las parteras técnicas, o profesionales, pero aún, hasta ahorita no....

Eh... pero claro que sí nos hace falta [juntarnos] y eso es lo que más nos preocupa porque es necesario, pero ¿cuándo nos vamos a reunir?, no lo sé, pero está ese plan (entrevistada 6, 2019).

La entrevistada 5 menciona: “Es que yo creo una excelente pregunta sería organizarse como ¿para qué?, o sea porque pues siempre es como la piedra angular” (notas de campo, 2019)

Y la entrevistada 4 comenta:

Claro, tiene como un trasfondo bien profundo, sino se ve que es lo que puedes querer o necesitar, no existe esa referencia de asociación, o sea, capacitación como para qué, asociarse para qué, agruparse para qué, organizate para qué y que a lo mejor se platica muchas veces entre los grupos de parteras es el reconocimiento, la validez de la partería, que la partería no se muera y a lo mejor por ahí podría empezar una idea de porqué la importancia de organizarse pero a lo mejor no es para todas (notas de campo, 2019).

Un comentario más: “Yo siento que hay mucho espacio para mejorarla [la organización], creo que podría ser peor también, pero creo que hay celos entre unas y otras, de repente se organiza algo, pero no invitan a todas (entrevistada 7, 2019)”.

Conjuntando lo estipulado por Cohen y Arato (2001) con lo obtenido en el trabajo de campo, podemos observar que las parteras profesionalizadas entrevistadas de SCLC tienen una forma de organizarse de manera local como lo mencionan las entrevistadas 3, 4 y 5, ya sea mediante su trabajo enfocado en la atención al parto o a través de las actividades que realizan en sus asociaciones civiles (A.C.). Si bien, tener su propia A.C. implica tener un arreglo entre las integrantes y fijarse metas comunes, esta no implica una organización gremial.

En este caso las entrevistadas reconocen la importancia de organizarse como parteras profesionalizadas; sin embargo, admiten que no lo han hecho por diversos motivos, como la falta de tiempo, otras por razones económicas, otras porque cuestionan los motivos para organizarse y finalmente otras reconocen que no todas tienen interés; lo que atañe al principio de voluntariedad del que nos hablan Cohen y Arato (2001), dicho principio manifiesta el deseo de iniciar un proceso organizativo como punto de partida.

En este caso, las parteras entrevistadas de SCLC reconocen la importancia de organizarse entre parteras profesionalizadas –más allá de sus propias A.C. –, no obstante, dicho reconocimiento no está ligado con la voluntad de llevarlo a cabo, por lo cual, el sentido de agrupación gremial no está consolidado en este momento en este grupo de parteras.

Más ejemplos de lo mencionado son los comentarios de las siguientes entrevistas: “Ni siquiera dinero tenemos para poder juntar[nos] porque también implica gastos, implica tiempo, implica muchas cosas” (entrevistada 6, 2019). La entrevistada 5 opina: “Interesante saber si esta iniciativa continuará, si, no, ¿cómo se puede hacer, ¿quién lo quiere hacer, quien no lo quiere hacer? (notas de campo, 2019).

En este caso, las parteras profesionalizadas que participaron en este estudio no tienen consolidada una agrupación de parteras profesionalizadas, porque son un

grupo joven cuyas edades oscilan entre los 27 y 50 años de edad, son mujeres que están centradas en el cuidado de sus familias y en su desempeño laboral, todo esto implica grandes cargas de trabajo, que actúan como factores que limitan sus tiempos para organizarse o vincularse en un sector más amplio como lo es a nivel gremial.

## **¡ASÍ NO! EL ANTECEDENTE DE LA AMP**

De las siete entrevistadas, cuatro formaron parte de la AMP en algún momento, las otras tres no eran socias; sin embargo, tenían información al respecto y, durante la entrevista, al hablar de organización salió la experiencia de la AMP, de tal modo que considero necesario retomarla como punto de partida, debido a que explica, en cierta forma, la situación actual de las parteras profesionalizadas que participaron en esta investigación y también nos da pautas para entender las dinámicas de liderazgo que se establecieron.

Sobre ello mencionan:

Igual, el movimiento que en su momento fue el más grande fue este de la Asociación Mexicana de Partería, pero, pues realmente era como un grupo pequeño con objetivos claros y como que toda la gente que se asoció [fue] porque hay una asociación y pues: ¡somos parteras pus nos asociamos!

Pero que luego, incluso ya estando adentro, no conocían los objetivos, no conocían los valores, no sabían cuáles eran las metas que se querían alcanzar o incluso discrepaban. Hubo mucha gente que se asoció y después supo que, no pues que el examen, que la certificación para las parteras autónomas, así de “no, ¡yo no estoy de acuerdo! y tal...” cuando realmente pus el objetivo era ese desde el principio, entonces, como que no, ni siquiera había como mucha información, eh, la información no llegaba a todos lados.

Yo no estaba asociada porque realmente yo no sentía que era algo que me resultaba pertinente en ese tiempo, yo estaba trabajando totalmente en la zona rural, entonces

realmente yo no veía ningún uso ni beneficio de estar en esa asociación, en donde en ese momento el movimiento estaba mucho más enfocado a las parteras urbanas.

Después invitaron a las tradicionales, después las tradicionales se enojaron porque no veían qué iban a hacer ahí, después se separaron, y sabes toda esta cosa, yo creo que la pregunta así súper álgida es, organizarse, ¿organizarnos para qué?

Y que, si todo el mundo lo ve útil, productivo y hay gente que le puede dedicar cuerpo, tiempo y alma a eso pues ¡qué bueno!, tener ahí una asociación o una cooperativa o una liga o un sindicato, lo que tú me digas pero que hubiera como puntualmente objetivos muy claros de para qué organizarse, para que tú también veas si te resulta pertinente o no estar dentro de esa organización (entrevistada 5, 2019).

#### Otro punto de vista:

La AMP pus ahorita no sé qué está pasando, supuestamente había formado parte, pero ya después nunca se me hizo entrega de mi cargo y ya no supe nada, era como vocal, algo así, nunca se me entregó y ya hubo los problemas fuertes, yo ya no supe nada, a mí ya no me convocó, ni nada.

Por el problema de que quedó una partera tradicional como la directora, se puede decir, entonces ahí se armó todo un merequetengue<sup>18</sup> y pues ya no supe que pasó, a mí, te digo, ya no me convocaron, ya no me dijeron nada.

No sé qué tantas integrantes haya, pero sé que hay enfermeras, sé que hay médicas y hay parteras también (entrevistada 1, 2019).

#### Otra comenta:

[Sobre la AMP] sí la conozco, sí he estado en los eventos que se han hecho en México, pero ahí sí yo siento que fue un fraude, perdón por esto, para empezar fue una extranjera quien inició este movimiento y después de ella desapareció, ya no supimos qué pasó, se lo dejó a alguien más, se lo dejó a una compañera de aquí de Chiapas que la dejaron a la deriva, sí se me hizo muy mala vibra de parte de ellas

---

<sup>18</sup> Algo que es desorganizado, con mezcla de muchas cosas.



escogerla cuando la asociación estaba en una crisis muy fuerte y que realmente a ella la atacaron y que no era la manera, ni la forma de hacerlo.

Y que realmente ahorita la Asociación de parteras no la lleva una partera, lo lleva un enfermero obstetra y quienes están asociados en la Asociación Mexicana, no son parteras, son obstetras, entonces yo he ido viendo que cada vez van ganando más espacios los obstetras, yo siempre he dicho, si es una Asociación de Parteras, quien tiene que dirigir esa asociación es una partera, no un obstetra, ni un médico, ni una licenciada, ni una nutrióloga, ¡no! Tiene que ser realmente una partera que tenga estas capacidades y si no las tiene, pues hay que prepararlas.

Yo siempre he dicho, todos somos capaces de hacer las cosas, nadie nace sabiendo, entonces si no puedes pues, enséñame, dime cómo, yo lo hago.

Y he visto a las parteras tradicionales que se han peleado hasta morir y eran súper amigas, así fuesen de otros estados diferentes, pero donde se encontraran pues eran amigas, se compartían sus conocimientos entre ellas y después de eso, vi cómo se separaron. Se fueron separando, separando, yo dije híjoles esto en vez de que esté uniendo, está despartando, y eso hace que pierda uno fuerza como movimiento. Es muy muy difícil querer juntar a todas y todos en un solo grupo, es muy difícil (entrevistada 2, 2019).

Finalmente:

La asociación se deshizo, nadie sabe nada, todo pasó bajo el agua, hubieron cambios de liderazgo, yo diría como estilo toma del gobierno, o sea muy poco democrática, poca transparencia, a la membresía no pasaban información pero todo pasó bajo el agua, entonces era muy difícil que la membresía hiciera algo.

Me gustó mucho lo que intentó hacer la AMP, era ser inclusiva de la partería tradicional; sin embargo, con el nivel de racismo que hay en México yo creo que es difícil (entrevistada 7, 2019).

Para realizar el siguiente análisis haré uso de la categoría de identidad de la que hablan Cohen y Arato (2001), quienes mencionan que, para que un grupo de personas pueda organizarse es necesario responder a la pregunta ¿quiénes somos?, es decir, tener o construir una identidad común, puesto que esta implica

primero el auto reconocimiento de sus participantes para luego así poder buscar el reconocimiento dentro de la sociedad en la que se quiere tener una incidencia.

En el caso que nos ocupa, podemos observar cómo la diferencia entre parteras (tradicionales, técnicas o autónomas) con las otras socias de la AMP, que eran médicas, enfermeras o enfermeros genera una diversidad que confronta las identidades y dificulta el auto reconocimiento al interior, lo cual tuvo una repercusión posteriormente, puesto que generó divergencias de opiniones, para finalmente llegar a la desintegración de la AMP.

Aquí factores como la etnia, clase, sexo, lugar de origen o de trabajo (urbano o rural) o el nivel de estudios realizados cobraron singular importancia puesto que actuaron como factores que crearon estratificación entre el gremio, y si bien la AMP tuvo la intención de incluir a todas las que atienden partos y se consideran parteras, por los resultados podemos aseverar que no fue suficiente la voluntad de agruparse y ejercer su libertad de asociación (Cohen y Arato, 2001), sino que habría que trabajar más afondo sobre la identidad de sus miembros, para que así, la diversidad no actúe como una dificultad. En este punto Lagarde (2001) menciona que es importante trabajar la autoestima de las mujeres, y más si se va a trabajar de manera grupal, debido a que a partir del valor que se puede dar una mujer a sí misma, surge el reconocimiento que se le dará a las demás mujeres. La capacidad de valorarse las unas a las otras da cimientos para posteriormente construir una identidad común, un colectivo.

Ya Laako (2017) habla sobre la dificultad de definir ¿qué se entiende por partera en México? y ¿quiénes son estas parteras?, tarea no menor dentro de la partería contemporánea de nuestro país.

En este caso, la construcción de un *nosotras las mujeres*, las parteras, no ha llegado a consolidarse en un grupo genérico que pudiera cuestionar y hacer frente a las políticas del nacimiento de las que habla Laako (2015), asimismo, autoras como Valcárcel (2008) o Lagarde (2005) consideran que la construcción de un *nosotras* es el principio para hacer política; de tal modo y con los datos obtenidos, reitero la

importancia de construir una identidad como punto de partida tomando como cimiento trabajar la autoestima de cada una de las integrantes, y a su vez, la colectiva, en caso de formar un grupo.

## **¡QUE VIVAN LOS ERRORES! HACIENDO POLÍTICA DE LAS MUJERES**

En este apartado analizaré cómo, desde la reflexión sobre las experiencias pasadas, surgen otras posibilidades para organizarse. Las parteras entrevistadas reconocen que entre ellas hay diversidad de opiniones, algunas de ellas han pensado sobre eso y sobre los conflictos que llevaron a la disolución de la AMP, una de sus deliberaciones es esta:

Me encanta observar los procesos, de verdad soy muy feliz viendo cómo pasan, por ejemplo en el proceso de la AMP fue muy interesante... es interesante también desde la visión de los procesos de las mujeres y entonces para mí el ver como todo este periodo, de hacer esta observación muy puntual de cómo fue avanzando, qué hizo, cómo paso, quién se posicionó, quién no, quién salió, quién entró, es un proceso muy importante también como para ver al final quiénes quedaron, cómo quedaron y qué están haciendo.

Mucho [del trabajo de la AMP fue] desde el ego, de posicionamiento del yo soy, yo hago y no sé qué, y que claro eso impide el trabajo de organización porque no es un trabajo colectivo, no hay una visión colectiva, lo digo desde mi punto de vista, entonces, más que decepcionante fue un proceso para mí de entendimiento...

¡Y que vivan los errores!, o sea, hay aportaciones como muy interesantes y muy enriquecedoras, pero, sobre todo, yo creo que la más grande es el ver el mecanismo en el que no funcionó (entrevistada 4, 2019).

A partir de sus reflexiones, las parteras entrevistadas logran idear otras propuestas que pueden influir en la organización entre parteras profesionalizadas, para el reconocimiento y ejercicio de su profesión, como estas:

[Hacer] Así como una confederación donde hay muchas asociaciones, cada una con su propia visión con sus propios objetivos, con sus metas a nivel local pero que se persigue un fin último más grande, no sé cuál; entonces, luego así puede tener como más sentido (entrevistada 5, 2019).

#### Un comentario más:

Yo pienso que lo que funcionaría sería una asociación de asociaciones, porque precisamente una de las cosas que no funcionó es nuestra diversidad, o sea, la idea es que sí debemos de aprender a trabajar en esta diversidad y sacarle todo el jugo dentro de nosotras y hacia afuera, pero es muy difícil que se pueda, que nos podamos organizar, así todas en una misma. Creo que la opción sería esa, o sea, de que si ya nosotros tenemos una organización y tenemos claro para qué estamos trabajando y así, juntarnos con otra, con las de Comitán, o con las de la OMIECH<sup>19</sup> o con otras, y trabajaríamos como los puntos conjuntos, en lo que estamos, en lo que necesitamos en conjunto y luego con otras nos juntaríamos para otro tema y así (entrevistada 3, 2019).

#### Otra idea:

A mí me nació una locura con otras compañeras de hacer el Colegio de Parteras técnicas profesionales, porque esto es un organismo que nos protege a nosotras, también hacemos nuestros propios lineamientos como profesionales, así como el colegio de ginecólogos, el colegio de pediatras, etc. Porque hemos sentido y estamos sintiendo actualmente que estamos perdiendo fuerza como profesionales, una somos pocas, otro no nos ponemos de acuerdo, que es muy feo, y hemos ido perdiendo espacios muy importantes de trabajo que teníamos, que podríamos haber ocupado nosotros como profesionales pero que están siendo ocupados por enfermeras obstetras con el papel de parteras.

Ahí dice en el contrato, contratación de parteras profesionales con perfil de enfermera obstetra, entonces nosotros decimos ¿de qué se trata esto?, están

---

<sup>19</sup> Siglas de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH)

usando nuestro nombre cuando realmente ninguna partera está siendo contratada (entrevistada 2, 2019).

Otro comentario:

Mira, ahorita no te puedo decir mucho, lo único que te puedo decir es que nos estamos organizando las parteras que tenemos título y cédula profesional, ahorita no te puedo como hablar un poquito más del tema porque está apenas encaminando, apenas se está haciendo ahí como movimientos que sí queremos llegar hacer algo, pero mejor posteriormente te podría platicar ya que esté un poquito más cuajado<sup>20</sup> (entrevistada 1, 2019).

Un comentario final:

Yo creo que todas [las parteras] tenemos nuestras propias digamos fortalezas y debilidades, yo creo que de ahí donde tiene que nacer el Colegio de parteras profesionales, la Asociación de parteras tradicionales, el de los obstetras, médicos, o sea, creo que cada uno tiene su grupo, su gremio y estos gremios no significa que van a estar peleados, al contrario, entre mejor estemos organizados entre nosotros mismos y de ahí hacer alianzas yo creo que seríamos más fuertes (entrevistada 2, 2019).

Si bien, existen ideas relacionadas con cómo podrían organizarse entre parteras profesionalizadas, éstas no se han concretado. Otro factor que tiene un papel importante es lo económico:

[Sobre formar el Colegio de parteras técnicas] Yo creo que también nos hemos detenido un poquito porque tienen que ser como 100 parteras y muchas todavía no tienen sus títulos, su cédula, porque los requisitos que piden es eso, luego algunos decían no pus que con 10 se puede, pero hay que soltar dinero, nosotras no tenemos dinero para soltar y entonces pues nuestro plan es eso, de que se junte ya que

---

<sup>20</sup> Expresión que hace referencia a concretar algo.

tengan sus cédula, su título... por eso es lo que creo también nos ha detenido (entrevistada 6, 2019).

Con base en lo enunciado podemos observar que una experiencia que no llegó a buen término –como el caso de la AMP– puede ser la base para reflexionar ¿qué pasó? y generar un aprendizaje que a futuro pueda ser útil.

## **REDES DE APOYO (VIRTUALES Y PRESENCIALES)**

Como se vio al inicio del presente capítulo, las parteras profesionalizadas forman parte de redes virtuales y una de las más activas es la que tienen por medio del WhatsApp, en ese grupo participan todas las entrevistadas y por ese medio se relacionan con el Comité promotor por una maternidad segura, con la Jurisdicción sanitaria II, y con médicos que trabajan en el Hospital de las Culturas y la Clínica de la mujer de SCLC.

La red sirve para comunicarse en caso de urgencia y así garantizar el traslado y aceptación de la embarazada, también sirve para comunicar dudas o manifestar quejas dirigidas a las personas que tienen cargos en la secretaria de salud sobre el trato que reciben ellas o las parturientas. Formar parte de esa red de WhatsApp es una acción realizada por parte de las parteras profesionalizadas entrevistadas para el reconocimiento de su profesión y que influye hasta cierto punto en el ejercicio de su trabajo.

Ejemplo de lo mencionado:

Mmmm sí, sí ha mejorado en el hecho de que nos atienden más pronto. Entonces hablamos con [la Dra.], en ese chat pus estamos todos, entonces pus lógico también el Hospital debe de contestar rápido porque si no todos los demás están de testigos de que estamos enviando a alguien y si no contestan pus ya ahí empezamos ¡oh! ¿qué está pasando?, entonces sí, sí ha habido como un poco de respuesta.

Simplemente es el hecho que la reciben, pero en realidad, o sea la reciben y la cuestión es que ya estando adentro pues les empiezan a decir: eso te pasa por estar con partera, si hubieras venido... (entrevistada 1, 2019).

Otro comentario al respecto:

Nos funciona cuando pasa que llegamos al hospital y no nos quieren recibir a las pacientes “¿qué le hiciste?, ¿qué le pusiste, por qué la manipulaste?” Pero ya le digo, “¿saben qué? Voy a hablarle a su jefe”, yo así les digo, puede que yo me escuche como amenazadora, pero lo siento mucho y ya le mando un mensaje a la Dra. “traigo una paciente así, así, así, necesito que me la revisen”. “Sí, ahorita llego, o ya le avisé al doctor que está de guardia y te la va a recibir”, y ya nos pasan, o sea, pero le digo a mi compañera es feo que lo tengas que hacer de esta manera. Es feo.

Pero a veces la actitud con la que te reciben deja mucho que desear, empezando desde el guardia, desde la trabajadora social y terminando con las enfermeras y los médicos adentro, no todos, pero sí algunos. Ahí es en donde tenemos que tener este grupo para que podamos tener esta apertura y no sólo nos sirve a nosotras, sino también a las compañeras que vienen con alguna paciente (entrevistada 2, 2019).

En cuanto a la interacción con el sistema médico estatal, algunas de las parteras entrevistadas además acuden a reuniones con funcionarios de la Secretaría de Salud, al respecto comentan:

Ahí simplemente llegamos en las reuniones cada mes, como informar de lo que hemos estado haciendo durante un mes y si hay algunos problemas que se han encontrado en algunas comunidades relacionado con la partería y qué tenemos que hacer como para apoyarlas, y este, hacer algunas reuniones directamente con el Secretario de Salud como para ver cómo tienen que apoyar ese trabajo de las parteras, para que tengan ese reconocimiento y que no estén este negando este el servicio que da la partera porque muchas veces ha habido muchas amenazas contra las parteras.

Muchas ya han dejado de ejercer la partería por lo mismo de que hay muchas amenazas, entonces para reactivar todo eso tenemos que hacer reuniones con el Secretario de Salud, cómo se puede hacer para que sigan trabajando las parteras, a lo que nos dedicamos, para que haya más como, más... más fuerza de lo que estamos haciendo; por eso nos reunimos con todas las organizaciones que trabajan con ese tema.

A lo mejor no muchos los logros, pero sí ha habido algo, por ejemplo, ahorita han estado como tomando en cuenta un poquito más a las parteras... por lo menos ya han como iniciado a volver a retomar el trabajo que hacen las parteras, que eso es lo que más nos interesa a nosotras (entrevistada 6, 2019).

La existencia del grupo de WhatsApp con médicos y autoridades como una red con la que puede hacer presión entre ellos, para atender sobre todo traslados y urgencias, es positiva; aunque como vimos, su operatividad no queda exenta de juicios o descalificación hacia el trabajo de las parteras por parte del personal sanitario. Este suceso también ocurre a nivel internacional, prueba de ello es el artículo de Davis-Floyd (2018) en el que muestra como las parteras estadounidenses que atienden partos en casas reciben malos tratos cuando hacen traslados a los hospitales, por presentar alguna complicación que requiere de tratamiento médico; lo que nos habla de un problema complejo de alcance mundial que tiene que ver con las relaciones y jerarquías entre personal médico, parteras y parturientas, en el cual ahondaré más al final del capítulo retomando la categoría de biopoder.

## **¡NO SOY UNA VECINA MÁS! LO PERSONAL ES POLÍTICO**

La categoría *influencia política de su trabajo* indaga sobre el alcance que puede tener el trabajo de las parteras profesionales, ya sea con su comunidad o con el sector salud. Con tal objetivo realicé preguntas para saber si ellas consideran que su trabajo tiene una postura política, y además indagué respecto a la relación que establecen con las instituciones de salud.



En el ejemplo que a continuación presento, las parteras entrevistadas identifican su trabajo como una acción política con una influencia local.

Yo vivo en una zona de pobreza extrema porque ahí me tocó vivir. Tengo que gestionar una parte muy amplia de salud comunitaria, que ni me corresponde, porque yo debería de ser una vecina más, ¿sabes?, y a la mejor la partera del pueblo ¡y ya está! Pero termino haciendo muchos malabares para gestionar, conseguir y proveer un servicio, que pues, la verdad no me corresponde, pero que desgraciadamente pues yo estoy en un lugar que está totalmente abandonado por el gobierno, total y absolutamente en el abandono total.

En dónde no hay ningún recurso, ningún recurso de salud y por eso fue que empezamos el trabajo de la asociación civil, porque de verdad es un lugar en donde los niños se mueren porque no están vacunados, igual puede morirse alguien de sepsis puerperal o recién nacidos y así, pero no están en la estadística, a nadie le importa, porque ni siquiera alcanzaron a tener certificado de nacimiento. Entonces, son cosas que vivimos ahí en *petit comité*, a nivel mini micro comunitario, y es donde a mí me ha tocado hacer muchos corajes, y hacer muchos esfuerzos, y hacer mucho trabajo para poder llevarlo, poder llevar esa carga y a las comunidades aledañas (entrevistada 5, 2019).

Otro comentario:

Sólo con el hecho de estoy parada acá y trabajo así [como partera] ya es una postura política... creo que debe persistir el derecho a decidir dónde quieres dar a luz, con quién y pues la mejor aliada para eso es una partera, que la mujer decida en su parto y tome el rol activo y sea protagonista la mejor aliada es una partera, entonces creo que por esas dos razones para mí es súper importante seguir formando parteras (entrevistada 4, 2019).

Otra entrevistada apuntaba:

En realidad, es un trabajo bien profundo con la política que muchas veces ni cuenta nos damos... estos procesos de construcción, de gestionar un diplomado, gestionar

un curso, gestionar una escuela, gestionar y vincularse con, ¡eso es hacer política!... Vas poniendo y encaminando la partería en un lugar distinto y ¿cómo lo haces?, lo haces desde lo regional, lo haces desde mi aliado del centro de salud, mi aliado de la jurisdicción y todos esos son formas de hacer política.

Y también por este proceso que nos ha tocado ver a las mujeres transformadas en ellas mismas, en toma de decisiones y la partería aporta grandes cosas para la salud de las mujeres, claro, de las familias también, de las comunidades. Desde luego para el sistema de salud, abaratando costos, haciendo esto más fluido, pero también en la idea de las mujeres y de su cuerpo y yo creo que eso es bien importante, nosotros sabemos que es un proceso transformador y para llegar a ese punto de atender y hablar con las mujeres de esa forma también nos tenemos que transformar (entrevistada 5, 2019).

#### Una idea más:

Principalmente por los derechos, el derecho de que la mujer pueda decidir, yo creo que como parteras nuestra implicación política es ésta, que las mujeres puedan decidir quién, con quién, dónde, cuándo y cómo parir, es un derecho, y si nosotros hacemos que las mujeres conozcan estos derechos cada vez la mujer va ir agarrando más poder. Más poder para decidir, pero también en el aspecto del derecho de ejercer una profesión tan antigua que muchos años atrás no sé sabía que en los artículos existía este derecho.

Como parteras, yo creo que es un tema muy fuerte lo del aborto, también nos ha tocado enfrentar... hemos buscado las maneras, como los caminos a donde canalizarlas y que al final de cuentas terminamos haciendo política porque vamos a exigir un derecho que ellas tienen... no solo vamos a lo del aborto, sino también de la decisión de optar por un método de planificación familiar, que es otro de los aspectos de que en muchos centros de salud u hospitales las obligan.

Hacer una incidencia política muy fuerte sobre los derechos humanos y principalmente los derechos de la mujer... en formar a la comunidad femenina, por así decirlo, sobre sus propios derechos que ellas tienen o que tenemos como mujeres (entrevistada 2, 2019).

En los comentarios anteriores y a lo largo del capítulo, identificamos varias actividades que realizan las parteras entrevistadas, tales como la difusión de los derechos sexuales y reproductivos entre las personas que buscan sus servicios, la atención al parto, la gestión de proyectos educativos o de salud para su comunidad, los vínculos que hacen con autoridades locales o la formación de nuevas parteras; todas estas acciones influyen en el ejercicio de su profesión, la cual, efectivamente, logra una incidencia local y todas ellas, las propias parteras las identifican como actividades que tienen una carga política.

Pero no es cualquier política, es una política llevada a cabo por mujeres para las mujeres, que parte de sus necesidades y que tiene un impacto local, a decir de las entrevistadas “un impacto micro comunitario”. Una política de las mujeres.

### **UNA ESPERA MUY AGOTADORA. EL BIPODER**

A continuación, me centraré en la categoría de *poder*, para ello retomaré comentarios hechos por las entrevistadas en sinergia con los fundamentos teóricos del Género y el Biopoder, los cuales sientan las bases para entender lo que pasa entre parteras profesionalizadas y su relación con el sector salud.

Las investigaciones de Género y Salud estudian las relaciones que se establecen entre los géneros, y cómo estas pueden generar asimetrías traducidas en jerarquías relacionadas con el poder y el reconocimiento social.

En este trabajo los géneros no sólo hacen referencia a los roles masculinos o femeninos de las personas, sino también a la representación simbólica que tiene la medicina como ciencia asociada a lo masculino, la cual tiene una posición mayor sobre las parteras profesionalizadas y su conocimiento del ciclo vital femenino, tema que he explicado en el capítulo de los antecedentes de esta tesis.

Para ejemplificar lo mencionado recordaremos el comentario hecho anteriormente que habla de las reuniones que tienen las parteras con el Secretario de Salud: “Ahí simplemente llegamos en las reuniones cada mes, como informar de lo que hemos estado haciendo durante un mes... (entrevistada 6, 2019)”

El verbo “informar” indica que las parteras son las que dan a conocer al secretario lo que han hecho; en este caso son ellas las que tienen una menor jerarquía puesto que deben dar informes a alguien más, y el adverbio “simplemente” hace referencia a que es un hecho sencillo o trivial, lo que gramaticalmente reitera su posición subordinada.

Otro comentario que confirma su posición frente a la medicina o frente a los trabajadores de la salud es esta: “Pero a veces la actitud con la que te reciben deja mucho que desear, empezando desde el guardia, desde la trabajadora social y terminando con las enfermeras y los médicos adentro, no todos, pero sí algunos... (entrevistada 2, 2019)”.

Sobre las contrataciones: “Ahí dice en el contrato, contratación de parteras profesionales con perfil de enfermera obstetra, entonces nosotros decimos ¿de qué se trata esto?, están usando nuestro nombre, cuando realmente ninguna partera está siendo contratada” (entrevistada 2, 2019).

En el ejemplo sobre las contrataciones podemos observar que, a nivel simbólico, son más valorados los conocimientos médicos o los de enfermería, sobre los conocimientos de las parteras profesionalizadas, sin tener realmente un sustento basado en las evidencias, como son los estudios de Cragin o los de Walker y colaboradores hechos en México, en 2007 y 2011, o el modelo de partería que difunde el INSP (2018). El valor simbólico de la enfermería sigue pesando sobre la partería, y repercute en la posibilidad de las parteras de ser contratadas.

Pero no es sólo el tema de la desvalorización lo que no les permite ejercer libremente su trabajo, tal como vimos en la revisión del primer objetivo, el marco legislativo es una limitante, pues, a pesar de la existencia de bases jurídicas que dan sustento a la partería profesionalizada, éstas no son suficientes y la normativa existente no se lleva a la práctica. Sobre esto, un comentario de la entrevistada 5:

Si a mí me dijeran, a partir del día de mañana entra en vigencia la norma la que quieras, que dice que: tú puedes desempeñarte como partera profesional, partera técnica o partera tradicional. Y para partera técnica tú tienes que presentar el examen Ceneval tal, para partera profesional tienes que cursar 4 años de licenciatura y uno de servicio social, para partera tradicional tienes que presentarte a jurisdicción sanitaria y hacer una evaluación oral de tus conocimientos, ¡pus lo hacemos!

Tienes que recertificarte cada 2 años, ¡pus lo hacemos! Esto sí lo puedes hacer y esto no lo puedes hacer, muy bien, muchas gracias ya tomé nota y no voy a hacer lo que no puedo y mira qué chido,<sup>21</sup> esto sí puedo. Si quieres tener un consultorio tiene que ser de esta manera, estos son los requisitos para que tú tengas un consultorio, estos son los únicos 8 medicamentos que tú puedes recetar, ¿sabes?, ¡pus lo hacemos! O sea, aquí no se trata de no me quiero alinear por la derecha, ¡no hay derecha!

Claro, lo que hay es un vacío legal que le corresponde a sector salud, decir, normar, decir cuál va a ser la línea de acción, cuáles son los tipos de parteras que puede haber, la cédula. Si te quieres contratar en un hospital, puedes como técnica, puedes como profesional, en un hospital privado, o sea, todo esto, ellos lo tienen que definir, nosotras estamos a la espera, nada más que está siendo una espera muy agotadora (notas de campo, 2019).

En este caso, es la medicina la que tiene el poder, la hegemonía, en la atención al parto y define las formas de atención consideradas válidas y vigentes, en donde la

---

<sup>21</sup> Expresión que significa aceptación.

partería queda subordinada. Aun así, las parteras entrevistadas para esta tesis reconocen la importancia de hacer valer su voz:

Depende de Secretaría de Salud, de gobierno central mandar el mensaje de que las decisiones necesitan ser inclusivas de la población, inclusivas de la sociedad civil, inclusiva de los trabajadores de varios sectores y no exclusivos. México tiene una historia donde no se incluye la voz de la gente, entonces, es como normalizarlo, eso de excluir voces de ciertas personas, y sobre todo mujeres y personas indígenas.

Nuestra exigencia, o sea, por un lado, tiene que venir de arriba pero también por otro lado tiene que venir de nosotras, cada vez ser más vocales, esperando que no nos maten por ser vocales, o que no nos persigan por ser vocales, pero seguir exigiendo que estemos presentes todas las que realmente necesitan tener voz.

Yo creo que también hay una necesidad de poner en la mesa cuáles son los estándares de atención, que sean alcanzables para la mayoría de las personas que atienden, pero también, que los que no cumplen con los estándares se puedan nivelar o llegar a poderlos cumplir tomando formaciones para llegar a tal nivel... Y eso depende de las parteras construirlo (entrevistada 7, 2019).

Con ese comentario cierro el tema del *poder*, como hemos visto la hegemonía es de la medicina, seguida de la enfermería, sin embargo, las parteras entrevistadas realizan acciones locales que logran tener una incidencia micro regional, la cual se relaciona con la política de las mujeres, sus voces son las que difunden los derechos sexuales y reproductivos entre la comunidad femenina, y buscan el reconocimiento de su profesión como una opción más de atención en nuestro país.

### **NOSOTRAS, LAS OTRAS... (TRASCENDER LAS DISPUTAS A CRÍTICAS CONSTRUCTIVAS)**

Otra acción realizada por tres de las parteras profesionalizadas entrevistas para el reconocimiento de su profesión es formar parte del movimiento de parteras Nichim

Ixim, grupo integrado en su mayoría por parteras tradicionales chiapanecas y que tiene más o menos 4 años de haberse formado. Sobre el tema mencionan:

Yo estoy también integrada en el grupo de Nichim ixim... yo llegué por medio de mi compañera con la que vivo, ella trabaja mucho con ellas [las parteras tradicionales]. Ya ves que también se les ha puesto súper complicado la atención, hay lugares donde las dejan ejercer, hay lugares donde solamente tienen que atender a las mujeres de donde ellas viven porque si viene otra mujer de otro municipio no les dan los certificados [de nacimiento], entonces es bien complicado.

Busca como la dignificación de la partera tradicional, que se les den insumos para trabajar, que en algún momento les den alguna remuneración económica porque en realidad no reciben nada, que se les dé un poco de material, que se les den los certificados.

Que los certificados de alguna manera estén firmados por ellas o que digan que ellas lo atendieron, porque si nos vamos a ese tema pues en realidad ellas van y hacen un canje y ellas no firman, firma el médico, entonces no les están dando como ese reconocimiento que esa mujer o esa partera atendió ese parto, entonces se lo está adjudicando a un médico que en realidad no lo hizo.

Entonces, es ahorita más o menos lo que se está luchando... también les han dicho [a las] parteras, que para poder percibir los apoyos gubernamentales que ya no deben de atender partos, que tienen que mandarlas inmediatamente a los hospitales.

Y pues si vemos en números, los hospitales han tenido más muertes maternas, más muertes perinatales, más muertes de recién nacido, más complicaciones que las parteras en comunidad... pues estamos en pie de lucha y tratando de trabajar algunas cosas con ellas (entrevistada 1, 2019).

Otro comentario al respecto:

Yo creo que uno de los logros muy grandes y que ha hecho un poco de ruido, o mucho ruido, es la organización que se ha hecho con las parteras tradicionales, que

es el movimiento de parteras Nichim Ixim, se hizo un pronunciamiento y este pronunciamiento llegó a oídos a nivel estatal, a nivel nacional y pidió reunión con las compañeras y también Secretaría de Salud...

Entonces, hemos visto que ha tenido impacto, por ejemplo una compañera estuvo en México, en el sistema de justicia presentando las demandas como parteras, estuvieron ahí en Derechos Humanos, con la relatora de la ONU, también se hizo un trabajo con la relatora cuando estuvo aquí en Chiapas y también se ha ido a presentar el trabajo a nivel internacional, se ha ido a Chicago a presentar las demandas del movimiento de parteras y se han contactado otras compañeras de diferentes estados para organizarse y hacerse redes, no solo estatales, sino a nivel nacional y que la partería se haga más fuerte (entrevistada 2, 2019).

Con los ejemplos mencionados podemos ver la complejidad de separar la partería tradicional de la partería profesionalizada, ambas tienen en común la atención al parto desde un enfoque diferente al médico y en algún punto comparten problemas comunes que pareciera ser suficiente para unirlos como un grupo gremial de parteras, no obstante, en el trabajo de campo encontré posturas ideológicas divergentes en otras tres de las entrevistadas, a continuación, un ejemplo:

Nosotras estábamos haciendo un análisis de eso, porque hay un movimiento de parteras aquí en San Cristóbal que se supone que es el movimiento estatal, pero nosotros platicábamos de algo que es muy cierto, ¡yo no me identifico!, o sea, no solo como partera, sino las parteras de mi región no se identifican con la partería de aquí, o sea, las necesidades no son las mismas. Queremos tal y tal, y nosotros pues no podemos apoyar completamente esa visión porque no nos representa y entonces partiendo desde ahí es ¿cómo podemos apoyar? ¡si somos de esta forma! Pero también no es algo que se pregunte, entonces se da por hecho cuando yo apoyo un movimiento o algo completamente estoy de acuerdo con eso.

Entonces la aportación que ellas hacían [el grupo de parteras de la entrevistada] era como tener como la visión desde lo micro regional o de lo regional para trabajar de manera más uniforme y que, al menos entre nosotras nos entendamos y esa es nuestra necesidad (entrevistada 4, 2019).



Retomando los comentarios sobre el movimiento Nichim Ixim reitero la importancia de trabajar la identidad de un grupo gremial como tema de vital importancia, tomando en consideración los principios que tanto Valcárcel (2008) como Lagarde (2005) mencionan, los que se relacionan con la escucha activa entre mujeres para así buscar los puntos coincidentes y analizar en conjunto la situación; las autoras proponen evitar contiendas vanas debido a que desgastan al grupo e impiden llegar a una meta común. Usando la propuesta teórica de esta tesis se puede iniciar un proceso colectivo que busque la construcción de una identidad, para así, posteriormente, plantearse metas comunes que representen a todas las parteras y con ello lograr tener una influencia gremial, tal y como lo postulan Arato y Cohen (2001).

Quiero aclarar que no es menester de esta tesis analizar los logros alcanzados por el movimiento Nichim Ixim puesto que se define como un movimiento de parteras tradicionales, y no es el objeto de estudio de la tesis, además fue un hallazgo en el trabajo de campo encontrar parteras profesionalizadas colaborando con ellas.

### **ASÍ NO... ¿ENTONCES CÓMO? (HACIA UNA NUEVA ERA DE LA PARTERÍA PROFESIONALIZADA)**

En lo que respecta a las agrupaciones de mujeres, considero importante retomar los principios éticos para relacionarnos entre mujeres planteados por Valcárcel (2008) y Lagarde (2005), como ejes tanto para la construcción de una identidad grupal, como para propiciar el sentimiento de igualdad entre las agremiadas; si bien, estos están desarrollados en el marco teórico, los enlistaré por considerarlos de importancia:

- Escucha activa
- Buscar los puntos coincidentes, analizar en conjunto la situación y evitar contiendas vanas
- En caso de competir, que se pongan a prueba las valías de cada mujer

- Y guardar el respeto, no se pueden permitir las faltas de respeto entre ellas.

Aun cuando los aspectos clave para relacionarlos entre mujeres no pretenden ser una receta infalible, sí proponen puntos a considerar para poder realizar asociaciones asertivas que busquen el bien común de un grupo de mujeres.

La experiencia previa de la AMP ayuda a entender la situación actual de las parteras profesionalizadas que participaron en esta investigación, quienes han decidido agruparse en lo regional, ya no a nivel nacional, de tal modo que tienen sus actividades a nivel local.

La propuesta que algunas de ellas tienen y que respecta al liderazgo, es:

Yo creo esto distingue mucho la forma en cómo trabajamos y que no es así de que alguien manda y todos obedecen, sino que es como una estructura que a lo mejor nunca se planteó de esa forma pero que es muy fluida. O sea, cada una sabe cómo, cuáles son sus habilidades y a partir de ahí como que va trabajando, yo creo que ese es un trabajo muy enriquecedor porque ha sido como reconocer las habilidades de nuestras compañeras y también desde nuestro autoconocimiento qué es lo que podemos hacer.

Yo creo que nuestro nivel de organización es muy distinto en el sentido de que no es como una estructura muy rígida, sino como todo lo contrario, yo creo que todos podemos aportar desde donde estamos y nos ayudamos mucho en los ojos de las demás como para ir encontrando el rumbo de cómo se hacen las cosas (entrevistada 4, 2019).

La entrevistada 2 trabaja con parteras tradicionales, al respecto comenta:

Hemos cambiado el enfoque de taller con ellas [las parteras tradicionales] porque ya nosotros no vamos a irles a enseñar, nosotros vamos a ir a hacer un intercambio de conocimientos con ellas que es más sano para ambas partes, porque ellas saben muchísimo, nosotros aún somos jóvenes y tenemos mucho todavía por aprender,

entonces hacemos intercambio de conocimientos con ellas por lo regular entre cada 2 o 3 meses (notas de campo, 2019).

La entrevistada 6 también trabaja con parteras tradicionales y menciona:

Más bien nos referimos a intercambio de conocimientos, es de que si te toca esto, ¿qué vas hacer o qué haces cuando te toca eso? ¡Ah bueno! pues empiezan a decir una: “bueno, yo cuando me toca esto, yo hago esto, y esto, y esto”, esto es el intercambio de conocimiento, no sólo llego a imponer. Yo creo que eso les gusta también a las otras parteras, ya empiezan a solicitar [la capacitación] porque saben que pus se complementan de lo que ya saben (notas de campo, 2019).

Sobre el liderazgo, encontramos que buscan otras formas de relacionarse que llaman más “fluidas” en donde reconocen las habilidades de sus compañeras y el autoconocimiento de lo que ellas pueden hacer, lo que también se manifiesta en el trabajo que realizan con las parteras tradicionales, donde optan por el intercambio de conocimientos.

Es importante resaltar que también reconocen sus diferencias, esto se manifiesta en el comentario arriba citado que dice: “es más sano para ambas partes, porque ellas saben muchísimo, nosotros somos aún somos jóvenes y tenemos mucho todavía por aprender, entonces hacemos intercambio de conocimientos con ellas” (entrevistada 2, 2019).

En ese comentario podemos observar cómo la edad de las parteras tradicionales se relaciona con su experiencia, en este sentido, las parteras profesionalizadas se reconocen como menos experimentadas por ser jóvenes, sin embargo, las parteras tradicionales reconocen la escolaridad de las parteras profesionalizadas como algo que les puede aportar conocimiento, de tal modo que solicitan las capacitaciones y realizan intercambios.

En los ejemplos, identificamos un liderazgo dinámico basado en el reconocimiento de sus compañeras y en el autoconocimiento de lo que cada una puede hacer, lo que busca superar los liderazgos rígidos o impositivos.

También en las entrevistas arriba citadas encontramos sororidad, la cual se entiende como la solidaridad que se puede tener entre mujeres y que tiene características como la escucha activa, la empatía y la disposición a colaborar entre ellas, sobre todo en lo referente al intercambio de conocimientos. Otro comentario sobre sororidad para terminar con esa categoría:

Nosotras hacemos campamentos y tratamos de que mujeres que son doulas y quieren conocer un poco más, porque les gustaría como entrar un poco más en el ámbito de la partería, o hemos tenido médicas que han llegado porque quieren conocer un poco más, enfermeras, que quieren conocer un poco más este modelo [de partería] pero sí, más que nada ese es el fin, el fin de unirnos de estar en contacto, de continuar y pues seguir en pro de la partería (entrevistada 1, 2019).

Con los comentarios hechos por las entrevistadas, podemos observar que existen otras formas de interactuar entre ellas, relacionadas con el liderazgo, con acciones sororas, o con intercambio de conocimientos. Todos ellos abren nuevos caminos posibles para la construcción de un colectivo.

## **LA EXPERIENCIA DE LA INVESTGADORA Y SU REFLEXIÓN FRENTE AL PROCESO**

Como mencioné en el apartado de la metodología, mi acercamiento al tema tiene aproximadamente 5 años y empezó con el trabajo de investigación sobre Casas de Parto. En ese entonces, durante el trabajo de campo que realicé llamó mi atención las dificultades legales que tenían las parteras profesionalizadas para abrir una Casa de Partos y ahí nació mi interés por indagar cómo estaban establecidos los marcos regulatorios, la sorpresa fue que había mucho que investigar en el tema y comenzó mi interés para postularme como estudiante de doctorado en Ecosur.

Al mismo tiempo, me tocaba asistir a los foros y reuniones de la AMP, donde tuve la oportunidad de escuchar a las parteras, de verlas interactuar entre ellas, de identificar sus puntos comunes y sus divergencias, pero, sobre todo, ver la dificultad para organizarse y llegar a metas comunes consensuadas.

Me di cuenta de que factores como la etnia, la edad, los años de experiencia, la nacionalidad, la formación académica, entre otros, eran intersecciones de gran peso que influían de alguna manera en su organización. Ahí entendí, que las dificultades no sólo estaban en los marcos normativos, sino más bien, era algo más profundo relacionado con la organización; con estas premisas, inicié este trabajo de investigación.

Al paso del tiempo pensé que no sólo era un tema de organización, porque había subjetividades y roles que tenían que ver con *ser mujer*, de ahí, la necesidad de emplear como marco teórico de Género y Salud, y en especial lo relacionado a la política de las mujeres.

Comencé la investigación con el supuesto de que la organización que realizaban las parteras era desde el androcentrismo; es decir, se organizaban como lo hacían los varones, aunado al panorama histórico complejo y a las políticas internacionales o los discursos dominantes que norman quiénes y cómo deben de atender los partos, lo que en su conjunto dificulta el reconocimiento de la partería como profesión.

La sorpresa fue que durante la investigación y con bastante información recabada en apuntes etnográficos o audios, llegó el quiebre de la AMP y se me prohibió usar la información, lo que puso en tensión mi tema de tesis y tuve que volver a plantearlo, así como enfocarlo ya no en una asociación, como lo era la AMP. Con asesoría de mi comité, decidimos centrar la investigación en parteras profesionalizadas que laboraran en SCLC.

Con la ruptura de la AMP fue evidente e imperante, la necesidad de estudiar la organización entre mujeres con perspectiva de género, en interacción con la teoría de Cohen y Arato (2001).

Con base en los datos recabados durante el trabajo de campo, confirmé lo que Cohen y Arato (2001) postulan, la importancia de la identidad, de definir quiénes son los que integran un grupo, de valorarse y reconocerse entre integrantes; y en el caso de las organizaciones de mujeres, me di cuenta de que hablar de autoreconocimiento, como principio para valorar a la/los otros participantes del grupo, era un tema angular que tenía que ver con la autoestima de las mujeres.

Marcela Lagarde (2005) nos habla de la dificultad que tienen algunas mujeres para identificar y plantear sus necesidades, debido a que han sido educadas para procurar el bienestar de los otros, lo que la autora llama *mujer para otros*, sumado a que la autoestima de las mujeres suele ser socavada desde muy temprana edad, lo que dificulta el poder reconocerse como valiosa, repercutiendo a su vez a nivel organizativo. En otras palabras, ¿cómo puedo reconocer el trabajo de otra mujer si no puedo valorarme a mí?, ¿con qué cimientos construyo un colectivo, una identidad que defina a todas, si no tengo una propia?, esto es una diferencia sustancial frente a las organizaciones de varones.

Siguiendo con Lagarde, agrupar a mujeres y que sean ellas con su propia voz quienes definan sus necesidades implica un reto en sí mismo, también, Amelia Valcárcel (2008) plantea el mismo postulado y lo traslada al ámbito político, dice que no es lo mismo hacer política, para las mujeres que para los varones.

En este punto tanto el marco teórico de Género y Salud como la metodología cualitativa, en especial la etnografía feminista mencionan la importancia de enunciar las diferencias entre mujeres, además de hacerlas evidentes, hacerlas dialógicas; es decir, hablar al interior del colectivo las cosas que las unen, las que las

diferencian, las que son punto de quiebre, los temas que pueden consensuar, lo temas que son innegociables; todos estos son los principios éticos de los que nos habla Valcárcel, que implican un trabajo de base en el colectivo y que se diferencian con los varones, porque ellos asumen la fusión del grupo, lo que no ocurre con las mujeres, puesto que las diferencias si no son abordadas, en algún momento, serán un tema que obstaculice la organización, tal como muestran los resultados de esta tesis.

Hablar de influencia implica haber trabajado como organización la identidad; en este trabajo de tesis se muestra que, pese a no tener una agrupación de parteras profesionalizadas, ellas logran una influencia local, lo que deja ver su alcance y potencialidad a nivel individual, esto incita a imaginar lo que pudieran lograr si estuvieran agrupadas con relaciones asertivas entre ellas.

Si bien en el momento en el que se desarrolló este trabajo de investigación encontré desazón en relación al tema de organizarse entre parteras profesionalizadas en SCLC, también encontré reflexiones al interior sobre los errores que tuvieron, así como nuevas propuestas para organizarse, que, aunque no se han concretado, dejan ver un haz de esperanza.

Finalizo diciendo que, en caso de querer organizarse entre parteras profesionalizadas, y me atrevo a decir, en grupos de mujeres, es de vital importancia hacerlo con perspectiva de Género.

## DISCUSIÓN

Retomando los resultados obtenidos, puedo confirmar lo que Marcela Lagarde (2005) menciona sobre el concepto *mujer para los otros*, que hace alusión a los roles desempeñados por las mujeres, en especial relacionados con el cuidado de otras personas, ya sea el cuidado hacia los hijos, la pareja, la vida familiar o la vida comunitaria, en el que las mujeres llegan a priorizar esas actividades sobre sus necesidades propias, incluso por encima de su salud, a su vez, dichos quehaceres implican ocupar su tiempo disponible.

Es así como la construcción de *mujer para los otros* impide, de cierta manera, que las mujeres tengan tiempo libre y ánimos para reflexionar sobre sus deseos y necesidades, al mismo tiempo que limita la posibilidad de asociación, lo que Valcárcel (2008) ha mencionado como retos particulares para este género, en caso de querer hacer política.

Lo mencionado concuerda con el trabajo de campo, puesto que encontré que todas las parteras profesionalizadas entrevistadas tienen más de dos actividades laborales (atención al parto, el trabajo de su propia asociación civil o la formación de nuevas parteras); a esto se suma la crianza, el cuidado de su familia y el de su comunidad, lo que deja poco tiempo disponible para agruparse. Lo dicho queda revelado en frases como “lo que acá falta es tiempo, o son cosas que te requieren un montón de tiempo”. Aquí cobra singular importancia la edad de las parteras entrevistadas, la cual oscila entre los treinta y los cincuenta años, es decir, están en edad reproductiva y su tiempo queda repartido entre su vida laboral, familiar y de cuidados a los demás, sin pactar reciprocidad, ya que, dentro de este sistema, las mujeres no se consideran con derecho a pedir ser cuidada por quienes ellas cuidan.

También encontré que el trabajo de las parteras profesionalizadas adquiere una dimensión política (Laako, 2017, Valcárcel, 2008 y Lagarde, 2005), debido a que las parteras entrevistadas tienen claridad de que la atención al parto fuera de las instalaciones hospitalarias es una afrenta al sistema, además identifican que informar a las mujeres sobre sus derechos, en especial sobre los derechos sexuales



y reproductivos, tiene una gran influencia en la comunidad femenina ya que dan argumentos para cuestionar la forma de atención al parto por el sistema de salud mexicano.

Asimismo, el seguimiento y atención del parto desde la partería puede propiciar un proceso de empoderamiento, tal como lo documenta Sánchez (2016), debido a que el trabajo entre la embarazada y partera fomenta la participación de la mujer durante su atención. La suma de todas las actividades que hace la partera da elementos a las usuarias, no sólo para tomar decisiones informadas, sino también crea ciudadanía, lo que dista de la atención hospitalaria. La importancia de todos estos elementos radica así en la dimensión política (Valcárcel, 2008) que alcanzan.

Las parteras profesionalizadas de este estudio se reconocen como agentes de salud claves dentro de su comunidad, prueba de ello es que forman parte de redes donde están involucrados tomadores de decisiones de la Secretaría de Salud; todo lo mencionado recuerda el lema de los años setentas y vigente hasta nuestros días: “lo personal es político”.

El lema “lo personal es político” del que habla Kate Millet (1970), hace referencia a actividades cotidianas que parecieran tener una implicación individual –como la crianza o las labores domésticas–; sin embargo, al reflexionarlo entre mujeres, encuentran que tienen dificultades comunes, de tal modo que lo que parecía individual se hace un problema común, compartido y colectivo, cuyo origen puede ser cuestionado y transformado; es decir, esto que se vuelve social, alcanza una dimensión política.

Traigo a cuenta lo que menciona la entrevistada 5 cuando dice: “yo debería de ser una vecina más”, ella describe cómo su papel de partera le implica a nivel comunitario, resolver problemas que le corresponden a la Secretaría de Salud.

Al no contar con los servicios de salud institucionales, la partera entrevistada es la encargada de gestionar diversas actividades relacionadas con la salud de su comunidad. Aquí podemos ver el rol asignado a la partera de *mujer para los otros*; es la encargada de la salud no sólo de su núcleo familiar, o de la embarazada que

atiende, sino de toda su comunidad y esto recuerda que “lo personal es político” porque ella no es una vecina más en su comunidad.

El trabajo de las parteras entrevistadas, como si fuera una bola de boliche, colapsa diferentes nodos relacionados, no sólo con la atención del parto, sino también con lo que Foucault (1987) menciona como biopolíticas<sup>22</sup>, en este caso las relacionadas con el nacimiento.

Recordemos que en nuestro país a nivel normativo se estipula que el parto debe ser atendido dentro de un hospital, la idea surgió como una medida para disminuir tanto las muertes maternas como las neonatales, tal como lo vimos en el capítulo de antecedentes. De este modo, el modelo de atención al nacimiento se centra en el otorgado por médicos dentro de los hospitales, por lo cual el trabajo de las parteras profesionalizadas queda desvalorizado, pese a las evidencias tanto nacionales como internacionales que califican al modelo de atención por parteras profesionalizadas no sólo como bueno, sino le reconocen el ofrecer ventajas sobre la atención hospitalaria, tanto en calidad como en costos (Cragin et al., 2007; Walker et al., 2011; INSP, 2018).

Aun así, rige el discurso dominante, el cual se convierte en una práctica cotidiana cuya función es normar y validar esa forma de nacer (parto medicalizado) en nuestro país; es decir, es una biopolítica (Foucault, 1987) con un alcance simbólico. En el caso que nos compete vemos en las narrativas cómo la atención por parteras profesionalizadas queda minimizada por el gremio médico y ellas son subordinadas frente a este, hecho que tiene sus orígenes tanto en la historia del México Colonial, como en el contexto mundial relacionado con la quema de brujas y el conocimiento de las mujeres, temas desarrollados en capítulos previos de esta tesis.

Al respecto, Laako (2017) considera que el cuestionamiento sobre la forma de nacer es un fenómeno que ocurre a nivel mundial, en el que se pone en tela de juicio la pertinencia de las políticas del nacimiento, las cuales dejan de manifiesto la precaria

---

<sup>22</sup> Foucault (1987) llamó biopolítica, al poder que norma hechos como el nacimiento, la vejez, la salud o la reproducción, lo que involucra a toda la comunidad, o sea, son políticas que administran la vida de una población. Ver el marco teórico de esta tesis.

participación de las mujeres-madre en la toma de decisiones sobre dónde, por quién y cómo desean ser atendidas, a pesar de ser parte constitutiva del goce de los derechos sexuales y reproductivos. Esta autora identifica a las parteras autónomas como quienes cuestionan fuertemente la atención al parto hospitalario y son estas parteras –entre otras– las que dan voz a un movimiento social internacional que se opone a la enajenación del embarazo, parto y puerperio, y propone una transformación al respecto (Laako, 2017).

Las parteras entrevistadas para mi tesis, aunque no se pueden considerar todas como autónomas, de acuerdo con Laako, sí se identifican como agentes políticos y reconocen la trascendencia de su trabajo a nivel local, oponiéndose también al sistema de salud que invalida su trabajo, al considerar que los partos más seguros sólo pueden ser realizados en ambientes hospitalarios.

Estas parteras también consideran importante organizarse a nivel gremial, sin embargo, no lo han hecho hasta el momento, en parte por el poco tiempo que tienen disponible y que requieren para organizarse, y en parte por el antecedente con la AMP.

Como vimos, la AMP intentó reunir a todo tipo de parteras, no obstante, intersecciones como la edad, escolaridad, clase, etnia, años de experiencia, idiomas que hablan, si se desempeñan a nivel urbano o rural, si son parteras tradicionales, técnicas o autónomas, fueron elementos que diversificaron a las parteras y actuaron como punto de quiebre para la construcción de una identidad común. Aunado a los diferentes puntos de vista sobre si deseaban ser reconocidas por el gremio médico, o la pertinencia de trabajar dentro de las instituciones de la secretaría de salud, o sobre la certificación de su práctica. La suma de todo esto dio como resultado que la AMP desapareciera y dejó desconfianza entre sus agremiadas, así como ruptura al interior.

Las parteras profesionalizadas entrevistadas mencionaron en sus discursos la importancia de organizarse, pero no logran concretarlo, y aquí la teoría de género sobre la política de las mujeres nos da luces para comprenderlo. Además de lo

relacionado a la disponibilidad de tiempo, los estudios de género mencionan que algunas mujeres, al estar agrupadas, compiten entre ellas con actitudes que tienden a subestimar y menospreciar a las demás compañeras, lo que dificulta la organización, así como la posibilidad de auto reconocerse y valorarse entre ellas (Valcárcel, 2008).

En respuesta a esto, la propuesta de esta tesis es retomar los planteamientos éticos para relacionarnos entre mujeres hechos por autoras como Lagarde (2005) y Valcárcel (2008) quienes mencionan la importancia de la escucha activa; de esta manera las parteras profesionalizadas podrían establecer un diálogo en el que identifiquen sus necesidades comunes. Es mediante el diálogo, la escucha activa y el respeto como puede fomentarse su capacidad de análisis, y así poder llegar a acuerdos.

Por ejemplo, la entrevistada 5 menciona que algunas parteras por el simple hecho de serlo se asociaron a la AMP sin cuestionar nada y dice: “somos parteras ¡pus nos asociamos! pero que luego incluso ya estando adentro, no conocían los objetivos, no conocían los valores, no sabían cuáles eran las metas que se querían alcanzar o incluso discrepaban”. He aquí la importancia de la escucha activa, el diálogo y la relevancia de desarrollar la capacidad de análisis para tomar decisiones.

Otro ejemplo relacionado, es el que involucra al movimiento Nichim Ixim, una de las entrevistadas dice “nosotros pus no podemos apoyar completamente esa visión porque no nos representa”; reitero que dichas diferencias pueden ser abordadas dentro del movimiento o del gremio mediante el diálogo, la escucha activa y la capacidad de análisis para tomar decisiones y llegar a pactos que retomen sus puntos comunes. Al respecto Valcárcel (2008) dice que es importante diferenciar las relaciones de amistad de las laborales, tanto en las asociaciones como en las redes se necesita confianza; no obstante, propone diferenciar la confianza de la amistad. Menciona que en temas laborales no necesariamente la confianza lleva implícita la amistad, porque una red no supone una relación afectiva estrecha, sino operativa, todo ello en busca de negociaciones comunes para llegar a tener un impacto.

También Amy Edmondson (1999) habla de la importancia de generar confianza dentro de los equipos de trabajo, ya que es la base para establecer diálogos con todos los miembros del equipo y es uno de los elementos principales para poder llegar a acuerdos comunes. Con todo esto, quiero decir que en un grupo no necesariamente todas tienen que estar de acuerdo, más bien, tienen que identificar sus diferencias, así como los temas que las unen, y negociar en la medida de lo posible, sus divergencias, para pactar las acciones que sí pueden hacer en común. No se trata de tener una fe ciega, sino como dicen Edmondson (1999), Lagarde (2005) y Valcárcel (2008), se busca tener un pensamiento con capacidad de análisis, crítico pero constructivo al interior y a favor del gremio.

Siguiendo con Edmondson (1999), ella propone aprender de los errores, menciona que un mismo hecho es vivido por los integrantes de un grupo de diferente forma, lo que para unos puede ser negativo para otros puede ser positivo; aquí radica la importancia del diálogo y el análisis, puesto que un hecho concreto, vivido de diferentes formas, puede generar un aprendizaje que nutra al grupo. Ejemplo de esto es el comentario de la entrevistada 4 sobre la AMP “¡Y que vivan los errores!, o sea, hay aportaciones como muy interesantes y muy enriquecedoras, pero, sobre todo, yo creo que la más grande es el ver el mecanismo en el que no funcionó”.

Formar parte de la AMP dejó una experiencia entre sus asociadas y gracias a esta, las entrevistadas logran idear otras formas posibles de organizarse, como formar el Colegio de parteras técnicas, o tener una agrupación que arropo a otras organizaciones de parteras, otras identifican asociaciones separadas de parteras técnicas, enfermeras obstetras y parteras tradicionales, como alternativa para organizarse y superar las diferencias entre ellas.

Ideas que están dentro de lo posible, tal es el caso de las parteras de Canadá, en donde existen dos organizaciones separadas, un grupo es de parteras profesionalizadas y otro de parteras aborígenes (así se nombran), pero que, en momentos claves, como en negociaciones frente al Estado trabajan en conjunto, esto según la experiencia compartida en el 5º foro anual de la AMP en 2017.

Si bien, en este momento las parteras entrevistadas no forman parte de una agrupación, ellas reconocen la importancia de organizarse como colectivo, también tienen ideas de cómo podrían agruparse para poder tener voz y fuerza frente a la Secretaría de Salud. Quizás esto se pueda concretar con el paso del tiempo y aprendiendo de los errores. Podemos ver que la diversidad entre parteras, más que ser un obstáculo, debe ser considerada una riqueza que existe entre ellas, la cual puede ser descubierta mediante su capacidad de autoreconocimiento, el que implica a la vez la autoestima, base para poder valorarse a ellas y a sus compañeras (Lagarde, 2001).

A su vez, sus diferencias pueden ser el vehículo que fomente su capacidad de negociación consigo mismas y con las demás, todo este proceso es lo que Lagarde (2001, 2005) llama ser mujeres “ilustradas”. Se refiere a que, para llevar a cabo un proceso de transformación interior, y en colectivo, es importante conocer la historia de la región, conocer su historia personal, informarse, estudiar, leer, trabajar y sociabilizar las experiencias para crear un bagaje cultural que les dé herramientas para su trabajo individual y grupal, lo cual va más allá de la experiencia empírica.

Por otro lado, las parteras profesionalizadas entrevistadas para esta tesis, además de dar atención al parto, forman parte de asociaciones civiles cuyo trabajo tiene una influencia local, que incide tanto en la ciudad de SCLC, como en la zona Tsotsil-Tseltal y la zona fronteriza del estado de Chiapas.

Sobre la capacitación, por ejemplo, que dan a otras parteras es importante recalcar su forma de trabajo, la cual mencionan como intercambio de conocimientos, en donde reconocen las habilidades de sus compañeras y poseen a la vez el autoconocimiento de lo que ellas pueden hacer, lo que da pauta para identificar sus diferencias; esto se manifiesta en el comentario de la entrevistada 2 que dice “es más sano para ambas partes, porque ellas [las parteras tradicionales] saben muchísimo, nosotros aún somos jóvenes y tenemos mucho todavía por aprender, entonces hacemos intercambio de conocimientos con ellas”. Este estilo de capacitación dista del que reciben de la SSA que, como he dicho previamente, las coloca en una posición de subordinación por lo que sus conocimientos no son

valorados, quizás la propuesta de algunas de las parteras entrevistadas sea el intercambio de conocimientos más que la capacitación, metodología que fomenta relaciones de auto reconocimiento y horizontalidad, las cuales pudieran ser replicadas con otros grupos de parteras.

Sobre el liderazgo, encontramos que buscan otras formas de relacionarse que llaman más “fluidas” en donde intentan posicionarse de manera horizontal entre ellas, forma que va acorde con lo que proponen Lagarde (2005) y Valcárcel (2008). En especial, respecto a los liderazgos, Lagarde (2005) tiene una propuesta a la que llama liderazgos entrañables y se refiere a una forma concreta de relacionarse entre mujeres, en donde la piedra angular y el inicio de estas relaciones se sustentan en la autoestima de las mujeres. La autora entiende la autoestima no sólo como la conciencia y el valor que nos damos a una misma, sino también lo concibe como una dimensión colectiva, debido a que valorarnos como mujer es el principio para después reconocer a otra mujer como valiosa, lo que genera empatía. Lagarde (2005) propone liderazgos en donde el auto reconocimiento individual y colectivo sean el comienzo para relacionarse de manera horizontal, para después entablar relaciones donde la escuchar activa sea el medio de comunicación entre las integrantes, y que tiene elementos que son diferentes a los liderazgos masculinos caracterizados por ser jerárquicos, impositivos y donde el poder le pertenece a una persona o a un solo grupo.

La autora propone liderazgos en los cuales todas las integrantes del grupo tengan un crecimiento personal, que fomenten un pensamiento con capacidad de análisis, crítico pero constructivo al interior y a favor del gremio, de tal modo se crea un colectivo que pueda respaldarse interiormente entre sus integrantes y así posicionar ideas comunes para lograr una meta; es decir, hacer política de las mujeres.

## **SOBRE EL CONCEPTO DE PARTERA PROFESIONALIZADA**

Como parte de un ejercicio de tesis doctoral, realicé una definición propia sobre el concepto de partera profesionalizada. Con base en las entrevistas realizadas puedo

afirmar que la definición que propongo es útil, puesto que el concepto abarca parteras con escolaridades diferentes, recordemos que la palabra profesionalización indica un proceso de formación, y la propuesta incluye, no sólo centrarse en la escolaridad para hacer la definición, sino tomar en cuenta elementos como la identidad, las prácticas que realizan, así como su postura política, como ejes para elaborar el concepto de partera profesionalizada.

En las entrevistas realizadas encontré una médica partera y tres parteras técnicas egresadas de CASA, una con formación en el extranjero, otra técnica en urgencias médicas como forma de ingresar a la partería y una con estudios inconclusos; todas ellas han tenido un proceso de formación dirigido al conocimiento ordenado y sistematizado sobre el embarazo, trabajo de parto, parto, post parto y lactancia, siendo entonces capaces de orientar y atender sobre estos temas.

Se les preguntó cómo se identificaban ellas mismas, con relación a su identidad, seis contestaron como partera (así, sin otro calificativo) y sólo una como partera tradicional, pese a tener estudios.

Sobre su identidad: “Yo digo siempre ¡nada más soy partera! Ajá, ni técnica, no quiere decir que yo no tengo un papel, si tengo papel, pero yo soy más que eso, verdad, si yo digo siempre yo soy partera y hasta ahí, a menos de qué me pregunten” (Entrevistada 6, 2019).

Otro comentario: “Yo me defino como, como una partera, la cual trabaja en pro de las mujeres y va a seguir trabajando en pro de las mujeres y va a seguir peleando por el derecho de la dignificación de la partería” (entrevistada 1, 2019).

Como hemos visto en el ejemplo citado arriba y a lo largo del capítulo, todas las parteras entrevistadas tienen una postura política y son conscientes de ella, buscan el reconocimiento de su profesión, además de realizar otras actividades



relacionadas con la atención al nacimiento, como la formación de más parteras o la gestión de cursos, o un diplomado encaminado a capacitar asistentes de partería.

Retomando todo lo mencionado concluyo que el concepto de parteras profesionalizadas propuesto fue de utilidad; sin embargo, reconozco que el universo de estudio de esta investigación fue pequeño, de tal modo, considero importante seguir evaluando el concepto en futuras investigaciones para tener un sustento más sólido.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para finalizar y con base en toda la información recabada, puedo decir que la organización de las parteras profesionalizadas que participaron en esta investigación es a nivel local o micro regional, no encontré una agrupación gremial.

Su trabajo lo hacen de manera individual y en pequeños grupos, a través de asociaciones civiles, como estrategia para solventar las problemáticas a las que se enfrentan, como son: las dificultades para referir embarazadas a las instituciones de salud, el poco reconocimiento de su trabajo por parte del gremio médico o la ausencia de trabajo en equipo entre el personal médico, la institución hospitalaria y la partera sobre todo en caso de urgencias.

De manera individual realizan alianzas con el personal médico de su localidad y mediante grupos de WhatsApp u otras redes virtuales (Facebook) se articulan con otras parteras a nivel nacional.

El reconocimiento de su trabajo está dado por sus comunidades y por parte de las mujeres que buscan su atención.

Llevan a cabo el ejercicio de su profesión mediante la atención al parto de manera domiciliaria, formando a otras parteras con proyectos educativos, así como, proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación; estas acciones tienen una influencia local.

Se reconocen como agentes políticos y por el momento, según las entrevistadas, el logro frente a la Secretaría de Salud es que la partería es tomada en cuenta en su agenda de trabajo. Tres de las parteras entrevistadas forman parte del movimiento Nichim Ixim y éste ha logrado llevar propuestas al Senado de la República, así como notificar a la relatora de Derechos Humanos sobre la situación en la que se encuentran las parteras tradicionales de Chiapas. A nivel micro regional el movimiento ha establecido acuerdos con los médicos del hospital al que corresponde su comunidad, así como, con autoridades locales.

El enfoque de Género y Salud puede dar aportes para la organización entre parteras profesionalizadas, tales como proponer: que las parteras estudien el contexto de su región, que conozcan su historia personal, que trabajen la autoestima de cada una de las integrantes y que esto último sea considerado como una apuesta colectiva.

Además de fomentar la organización entre mujeres mediante el diálogo y la escucha activa, como principios para construir gremio y confianza, lo que da sustento para establecer relaciones de auto reconocimiento. El enfoque de Género y Salud también propone desarrollar una capacidad crítica y de análisis que dé bases para la negociación de puntos comunes entre mujeres, superando las discrepancias al poder reconocer e instrumentar que lo *personal es político*.

Este marco teórico enfatiza la importancia de conocer las diferencias internas, para así, tener acuerdos basados en el respeto, que se manifiesten en pactos; de este modo pueden crearse metas que busquen el bien común del colectivo y sacar la mayor riqueza de la diversidad de la que son parte (Edmondson 1999, Lagarde 2001, 2005, Valcárcel, 2008).

La propuesta de Lagarde (2005) de ser mujeres ilustradas cobra un gran sentido cuando se habla del marco normativo, puesto que existen algunas bases jurídicas que dan sustento a la partería profesionalizada, tanto a nivel internacional como nacional; sin embargo, éstas no son suficientes puesto que no se llevan a la práctica; y son precisamente las parteras las encargadas de reflexionar sobre esto, de hacer propuestas y sobre todo impulsar que se hagan reales, tanto para el libre ejercicio de su profesión como para ser otra opción de atención para las mujeres en edad reproductiva.

Las parteras entrevistadas son un grupo joven, tienen la oportunidad de aprender de los errores y tienen la opción de construir un proceso, tanto identitario como de liderazgo, que las posicione como una buena opción, posible y deseable para la difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos —en especial, la atención del parto— en nuestro país, desde la política de las mujeres.

## LITERATURA CITADA

- Akiko L. 2005. Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiencia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 9 (18). p. 611-620.
- Alanís-Rufino M. 2009. Una cuestión de parteras y médicos. Mujeres en el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México, 1861-1905. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*. Vol. 12 (2). p. 63-68. [Consultado el 5 de octubre de 2016] en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2009/hf092g.pdf>
- Alonso L. 1999. Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Gutiérrez J. *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis. p. 225-240
- Alonso C, Banet A, Tryon J. 2015. Luna Maya: una casa de partos Femifocal. En: Sánchez G, editora. *Imagen instantánea de la partería*, 1ª ed. México. San Cristóbal de Las Casas. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p. 265-294.
- Asociación Mexicana de Partería [AMP]. 2016. Definición de partera. [Consultado en octubre de 2016] en <https://asociacionmexicanadeparteria.org/>
- Banco Mundial. 2015. Tasa de Mortalidad Materna. [Consultado el 21 de octubre de 2016] en [http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?name\\_desc=true](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?name_desc=true)
- Blázquez N. 2008. Los conocimientos de las brujas. En: *El retorno de las brujas*. México. UNAM, Colección Debate y Reflexión. p. 17-32.
- Carrillo A. 1999. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Revista Dynamis*. Vol. 19, p.167-190.
- Castañeda I. 1988. Síntesis histórica de la partera en el Valle de México. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. I (1). p. 35-39.

- Castañeda MP. 2012. Etnografía Feminista. En Flores PF, Blázquez GN, Ríos E.M. (comp). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México. UNAM, CIIH, CRIM, Facultad de Psicología. p. 217-239 Obtenido de <http://computo.ceiich.unam.mx/webceiicha/docs/libro/Investigacion%20Feministapdf>
- Castro R, Erviti J. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria, Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México. UNAM CRIM.
- Cházaro L. 2005. El fatal secreto: los fórceps médicos y las pelvis mexicanas en el siglo XIX. En: Cházaro L y Estrada R (editoras). *El umbral de los cuerpos: estudios de antropología e historia*. México. El Colegio de Michoacán, Instituto de Ciencias y Humanidades. P. 145-168.
- Cházaro L. 2011. Políticas del conocimiento: los silencios de los obstetras mexicanos sobre las razas y los sexos, fines del siglo XIX. Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates. [Consultado el 5 de octubre de 2016] en: <http://www.pensamientocritico.org/laucha0611.htm>
- Cheyney M. 2008. Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*. Vol.18(2). p. 254-67.
- Cohen J. y Adrew A. 2001. Capítulo X Los Movimientos Sociales y la Sociedad civil. En: Cohen y Arato. *Sociedad civil y teoría política*. México. Fondo de Cultura Económica. p. 556-635.
- Collin L. y Molina R. 2009. *Las Organizaciones de la Sociedad Civil en México: de la invisibilidad al protagonismo*. México. Nuevo Mundo, Coloquio.
- Cragin L, DeMaría L, Campero L, Walker D. 2007. Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?. *Reproductive Health Matters*. Vol.15 (30). p. 50–60.

[Consultado el 19 de octubre de 2016] en [http://ac.els-cdn.com/S0968808007303327/1-s2.0-S0968808007303327-main.pdf?\\_tid=d687bd6c-9626-11e6-a23a-00000aacb362&acdnat=1476900603\\_03426f49f4e985d38cc55397a7bb125f](http://ac.els-cdn.com/S0968808007303327/1-s2.0-S0968808007303327-main.pdf?_tid=d687bd6c-9626-11e6-a23a-00000aacb362&acdnat=1476900603_03426f49f4e985d38cc55397a7bb125f)

Craven C, 2010. *Pushing for Midwives: Homebirth Mothers and the Reproductive Rights Movement*. Estados Unidos. Temple University Press.

[CONEVAL] Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2012. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso efectivo a instituciones de salud, México, D.F. [Consultado el 15 de septiembre] en: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA-DOCUMENTOS.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA-DOCUMENTOS.pdf)

CPMSVCH, OMS, OPS, UNFPA. 2014. *El estado de las parteras en el mundo: Oportunidades y retos para México*.

Davis-Floyd R. 2001. La partera profesional: Articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico. *Medical Anthropology*. Vol. 20(2-3). p.185-243.

Davis-Floyd R. 2018. Emergencias durante partos domiciliarios en Estados Unidos y México. El problema con el traslado. En: Sánchez G. y Laako H. editoras. *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristóbal de Las Casas. El Colegio de la Frontera Sur. p.154-212.

Edmondson A. 1999. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 44 (2). p. 350-383.

Escudero M. 2015. Ponencia: Partería y Derechos Humanos, marco jurídico en México, realizada el 22 de octubre del 2015 en el Centro de Estudios Superiores de Centroamérica.

- Figuroa J. 2016. Género e investigación sobre salud: apuntes para acompañar una búsqueda. En Moreno, Carrillo (coordinadoras). *La perspectiva de género en la salud*. México. UNAM. p. 29-48.
- Foucault M. 1987. Vigilar y castigar. Los cuerpos dóciles. En: *Vigilar y castigar*. Buenos Aires. Siglo XXI. p. 139-174.
- Freidson E. 2001. La teoría de las profesiones, Estado del Arte. *Perfiles Educativos*. Vol. XXIII (93). p. 28-43.
- Freyermuth G. Argüello H. 2015. Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional. En: Sánchez G (comp). *Imagen instantánea de la partería*. México. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p. 21-48.
- Freyermuth G. 2016. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *Revista CONAMED*. Vol.21 (1). p. 25-32.
- Fundación Macarthur. 2013. Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final.
- Gobierno del Estado de Guerrero, Secretaría de salud. 2016. Inició operaciones la Escuela de Parteras en Tlapa de la Secretaría de Salud de Guerrero. [Consultado el 18 de junio de 2016] <http://saludguerrero.tumblr.com/post/32440834277/inici%C3%B3-operaciones-la-escuela-de-parteras-en-tlapa>
- Good.1997. Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria. *Nueva Época/ Salud Problema*. Año 2 núm. 2. p. 21-33.
- Hernández F, Salgado S. (2010-2011). El racionalismo de Descartes. La preocupación por el método. *Duererías/Cuadernos de Filosofía*. p. 1-18, [consultado 12 de agosto 2016] [quindo.pntic.mec.es/ssag0007/filosofica/Descartes.pdf](http://quindo.pntic.mec.es/ssag0007/filosofica/Descartes.pdf)
- ICM, 2017. Definición de parto. [Consultado el 2 de febrero de 2017] en: [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statement%20on%20the%20Definition%20of%20Childbirth.pdf)

20Statements%20-  
%20Spanish/PS2008\_007%20V2014%20SPA%20Mantener%20partos%20normales.pdf

ICM, OMS, WRA, 2016. Midwives voices, Midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. [Consultado el 3 de marzo de 2017] en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250376/1/9789241510547-eng.pdf>

136

INEGI. 2015. Encuesta nacional de la dinámica demográfica, 2014. Nota técnica. [Consultado el 21 de octubre de 2016] en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015\\_07\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf)

INSP. 2018. Modelo integral de Partería. [Consultado el 25 de octubre de 2018] <http://www.modelointegraldeparteria.com/>

Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R, Lee S. 2009. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. Vol 181(6-7). p. 377-383.

Janssen P, Ryan E, Etches D, Klein M, Reime B. 2007. Outcomes of Planned Hospital Birth Attended by Midwives Compared with Physicians in British Columbia. *BIRTH*. Vol. 34(2). p. 140-147.

Janssen P, Lee S, Ryan E, Etches D, Farquharson D, Peacock M. 2002. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ*. Vol.166 (3). p. 315-323.

Laako H. 2015. La política del nacimiento, la política de la transformación: los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia. En: Sánchez G. *Imagen Instantánea de la Partería*. San Cristóbal de Las Casas. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p. 81-107.



- Laako H. 2017. *Mujeres situadas. Las parteras autónomas en México*. México. El Colegio de la Frontera Sur.
- Lagarde M. 1997. Presentación. En: Sayavedra y Flores, *Ser Mujer ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*. México. Red de Mujeres A.C. p. 15-31.
- Lagarde M. 2001. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Cuadernos inacabados*. 2ª ed. España. Editorial Horas y horas.
- Lagarde M. 2005. *Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, claves feministas para liderazgos entrañables, claves feministas para la negociación en el amor*. Madrid. Editorial Horas y Horas.
- Lamas M. 2002. La antropología feminista y la categoría “género”. En: Lamas M (comp.) *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México. Editorial Taurus. p. 97-125.
- Ley General de Salud. 2017 [Consultado en febrero de 2017] en: [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
- López O. 2008. La centralidad del útero y sus anexos en las representaciones técnicas del cuerpo femenino en la medicina del siglo XIX. En: Tuñón J (comp). *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*. San Cristóbal de Las Casas. El Colegio de México. p.147-184.
- López L, Sánchez G, Mendoza H. (en prensa). Professional midwives and their regulatory framework in México. *Mexican Law Review*, UNAM.
- Luna M, Sánchez G, Velasco J. 2015. Parteras Institucionalizadas en San Cristóbal de Las Casas: Su labor a lo largo de tres décadas. En: Sánchez G. *Imagen Instantánea de la partería*. México. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p: 47-81.

Millet K. 1970. *Política sexual*. Madrid. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, colección Feminismos.

Murguía A, Ordorika T, Lendo L, 2016. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 23 (3). p. 635-65.

Murray de López J., Alonso C. 2018. Riesgo o aliento: la experiencia de una Casa de Partos. Una mirada a las maneras en que las mujeres de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, negocian la atención prenatal y del parto. En: Freyermuth, coordinadora. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI*. México. CIESAS, ACASAC A.C. p.140-148.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Consultada el 5 de octubre del 2016] en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

[OMS] Organización Mundial de la Salud. 2014. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros. [Consultado el 15 de septiembre de 2016] en [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

OMS. 2015a. Centro de prensa, Mortalidad Materna. [Consultado el 15 de septiembre de 2016] en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OMS. 2015b. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Consultado el 15 de septiembre de 2016] en [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)

- ONU México. 2016. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado el 15 de septiembre de 2016] en: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- Ortí, A. 1995. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid. Síntesis. p. 85-95.
- Ortiz T. 2002. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: Ramos E. (coord.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. (I Congreso Nacional sobre Mujeres y Salud) España. Instituto de la Mujer. p. 29-41.
- Pérez I. y Castañeda G. 2012. Historia de la enfermería: Antecedentes Históricos de las parteras en México. [Consultado el 3 de mayo de 2016] <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- Prado A. 2016. Mujer y Salud. Miradas en torno al nacimiento. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*. Año III (6). p. 79-91.
- Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, SCLC. [Consultado el 14 de agosto de 2019] en: [http://www3.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos\\_geograficos/07/07078.pdf](http://www3.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/07/07078.pdf)
- Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. 2004. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México*. Vol. 46. p.16-22.
- Roth A. 2008. *Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico?* Estudios Políticos. Colombia. Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 2017. [Consultado en febrero de 2017] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

Saldaña L. 2007. *Poder, Género y Derecho. Igualdad entre mujeres y hombres en México*. México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Sánchez G. 2010. De cómo Occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México. En: Rodríguez (coord.). *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género*. México. Universidad de León. p. 379-406.

Sánchez G. 2016. *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México*. México. El Colegio de la Frontera Sur y Asociación Mexicana de Partería.

Sánchez G. 2018. La legislación de la atención de la salud materna en México, ¿protege el ejercicio de la partería? En: Freyermuth, coordinadora. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI*. México. CIESAS, ACASAC A.C. p.182-190.

Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. 2012. Inició operaciones la Escuela de Parteras en Tlapa de la Secretaría de Salud de Guerrero. [Consultado el 18 de junio de 2016] <http://saludguerrero.tumblr.com/post/32440834277/inici%C3%B3-operaciones-la-escuela-de-parteras-en-tlapa>

Sossa A, 2011. Análisis desde M. Foucault referente al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis Revista Latinoamericana*. Vol. 28. p.1-19.

Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato M, Walker D, Lazcano-Ponce E. 2013. Características socio demográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*. Vol. 55 suplemento 2, p. S225-S234.

Torres, Rubio. s/f. La partería tradicional en la República Mexicana. [Consultado el 5 de mayo de 2016] [maternidadsinriesgos.org.mx/.../La\\_parteria\\_en\\_Mexico\\_ATL.doc](http://maternidadsinriesgos.org.mx/.../La_parteria_en_Mexico_ATL.doc).

Tuñón E. 2000. La categoría de género: discusión, preguntas y nuevas propuestas, en *Léxico de Política*. México. UNAM-FLACSO. p. 1-9.

UNFPA, OMS, ICM. 2014. *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Valcárcel A. 2008. *La política de las mujeres*. 4ª ed. Madrid. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, colección Feminismos.

Valdez S, Arenas M, Hidalgo S, Mojarro I, González F. 2013. El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Pública. p:1-26.

Vargas B. y Rosenthal O. 2018. Transitar hacia la certificación: caminos, obstáculos y nuevas interrogantes. La experiencia de la Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas A.C. En: Freyermuth, coordinadora. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI*. México. CIESAS, ACASAC A.C. p. 246-254.

Walker D, Suárez L, González D, De María L, Romero M. 2011. *Parteras profesionalizadas técnicas y enfermeras obstetras: ¿una opción para la atención obstétrica en México?* México. Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de las Mujeres.

## A N E X O S

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

#### Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informada sobre el fin del estudio “Organización entre parteras profesionales y sus implicaciones en la política de las mujeres desde el enfoque de género y salud”.

Me hicieron saber que mis datos personales no estarán usados por terceras personas y mi anonimidad está garantizada, únicamente el personal de investigación tendrá acceso a los datos que se generen en el proceso de la investigación sin ánimo de lucro. No recibiré ningún incentivo de tipo monetario, ni académico y tengo el derecho de desistir de mi participación en cualquier momento de la investigación; decisión que será respetada a cabalidad.

Garantizo haber entendido toda la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

En consecuencia, consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, proporcionando información verídica y de manera oportuna según los requerimientos del proceso de investigación.

San Cristóbal de Las Casas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

Número de contacto: 9671469998, Correo electrónico: llopeza@ecosur.edu.mx

## ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA 1

<p>Datos sociodemográficos:</p> <p>IDENTIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Nacionalidad</li> <li>• Idiomas que hablan</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Formación hacia la partería (escolarizada, aprendiz, en dónde se formó, tiempo de estudio, años de práctica, está certificada por algún organismo internacional o por la Secretaría de Salud de México).</li> </ul> <p>0.-¿Qué tipo de partera se considera?</p>
--	--

### Guía de entrevista 2:

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	PREGUNTAS
<p>Experiencia laboral</p> <p>IDENTIDAD</p>	<p>1.-¿En dónde ha trabajado? (enlistar los sitios donde ha trabajado)</p> <p>2.-¿Por cuánto tiempo ha laborado ahí?</p> <p>3.-Si es partera profesionalizada independiente preguntar ¿por qué ha decidido trabajar de esa forma y no con una institución o casa de partos?</p> <p>4.-¿Qué cargo desempeña actualmente?</p>
<p>Experiencia organizativa</p> <p>INFLUENCIA</p>	<p>5.-¿Cómo se han organizado entre ustedes (entre parteras profesionalizadas)?</p>

6.-¿Pertenece alguna organización)?,

7.-Si Si¿Cuál?

Si No pasa a la siguiente batería de preguntas

8.-¿Por qué decidió formar parte de una organización o asociación?

9.-¿Qué beneficios considera que tiene al pertenecer a una organización/asociación o grupo gremial?

10.-¿Qué beneficios considera que tiene estar organizadas?

11.-¿Qué acciones o actividades hacen para que se reconozca su profesión?

12.-¿Qué acciones han realizado para que puedan desarrollarse laboralmente sin dificultades?

13.-Como grupo organizado o como socia de una asociación ¿Qué logros han tenido?, ¿hasta dónde han llegado?

14.-¿Qué retos y dificultades enfrentan?

15.-¿Qué papel cree que tienen los recursos económicos (dinero) en la organización?



	<p>16.-Hoy, ahora ¿en dónde están situadas como gremio?</p> <p>17.-¿Qué pasa con las otras parteras (indígenas, empíricas)?, ¿forman parte de su organización?</p> <p>18.-¿Qué es lo que más les ha costado como gremio?</p> <p>19.-¿Cómo se ven a futuro?</p>
Liderazgo	<p>20.-¿Tiene un cargo en alguna Asociación o grupo gremial?</p> <p>21.-¿En qué consistía su participación?</p> <p>22.-¿Cuánto tiempo estuvo participando?</p> <p>23.-¿Cómo hacían para conseguir financiamiento?</p> <p>24.-¿Qué retos implicaron el manejo de los recursos económicos?</p> <p>25.-Si ya no tiene el cargo preguntar ¿por qué?</p> <p>26.-Si continúa con el cargo preguntar ¿por qué considera importante su participación?</p> <p>27.-¿Usted piensa que su trabajo tiene una implicación política, porque?</p>



## ANEXO 3: ARTÍCULO PUBLICADO EN MEXICAN LAW REVIEW

### PROFESSIONAL MIDWIVES AND THEIR REGULATORY FRAMEWORK IN MEXICO

Liliana López Arellano<sup>23</sup>

Georgina Sánchez Ramírez<sup>24</sup>

Héctor Augusto Mendoza Cárdenas<sup>25</sup>

147

**ABSTRACT:** The objective of this research is to show the legal situation of professional midwives in Mexico as to their work. The implications of the human rights framework as established in Article 1 of the Mexican Constitution were explored as a basis to regulate professional midwifery. Using comparative analysis methodology, the contents of different regulatory frameworks for sexual and reproductive health in Mexico were studied, including those backed by international treaties and agreements. The results show that Mexican legislation includes midwifery to a certain extent but fails to define concepts like the professionalization of midwifery, where midwives can work other than in hospitals, and where they can be officially trained. Additionally, there is no legal recognition of this profession in educational and work standards. In conclusion, this research shows that there are enough international documents (agreements, conferences and recommendations) to serve as a frame of reference for redrafting Mexican standards, regulations and public policies on birth care provided by professional midwives. This would guarantee the safety of mothers who use midwifery services and give suitable professional training (with the respective creation of schools for this purpose) to the midwives who provide these services. Midwives would then be able to practice

---

<sup>23</sup> A doctoral student in ecology and sustainable development sciences at El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) with a Degree of Surgery from the Universidad La Salle, a master's degree in Natural Resources and Rural Development from ECOSUR. Contact: llopeza@ecosur.edu.mx

<sup>24</sup> Master's degree in Population from FLACSO, Mexico and a Ph.D. in Sexuality from the University of Salamanca, Spain. Contact: gsanchez@ecosur.mx

<sup>25</sup> Master's degree in International Private Law from the Laval University of Quebec, Canada, and a Ph.D. in Legal Sciences from the School of Law and Criminology of the Universidad Autónoma de Nuevo León. Contact: hector.mendoza@yahoo.com.mx

legally and help to improve maternal and reproductive health outcomes in the country.

**KEYWORDS:** Midwife, professional midwives, birth care, regulation, certification.

**RESUMEN:** La presente investigación tiene como objetivo mostrar la situación legal de las parteras profesionalizadas de México, en relación al ejercicio de su trabajo, se exploran las implicaciones de considerar el marco de los Derechos Humanos, como se establece en el Art. 1º de la Constitución, como base para la regulación de la partería profesionalizada, utilizando como metodología el análisis comparativo de contenidos de diversos marcos regulatorios en materia de salud sexual y reproductiva en nuestro país, pero amparados en tratados y convenios internacionales. Los resultados muestran que la legislación mexicana contempla la partería hasta cierto punto, pues faltan definir conceptos como lo que se entiende por partería profesionalizada, en dónde pueden laborar -más allá de los espacios hospitalarios-, los sitios donde se puedan formar con validez oficial, así como dar sustento jurídico al reconocimiento de su profesión, mediante estándares educativos y laborales. A manera de conclusión, se muestra en este trabajo que existen suficientes documentos internacionales (convenciones, conferencias y recomendaciones) que pueden ser un marco de referencia para la reelaboración de normas, reglamentos, así como de políticas públicas, sobre la atención al nacimiento por parteras profesionalizadas en nuestro país de manera regulada, que garanticen la seguridad tanto a madres usuarias de sus servicios como a las parteras que los proporcionan, con una formación profesional adecuada (con la correspondiente creación de escuelas) para hacer frente a los retos de la salud en el país, ejerciendo su trabajo sin el riesgo de que esto suceda en medio de un vacío legal.

**PALABRAS CLAVE:** Partera, parteras profesionalizadas, atención al parto, regulación, certificación.

## INTRODUCTION

In order to outline this research paper, it is important to define the concept of professional midwife as that is the focus of this study. The International Confederation of Midwives (ICM)<sup>26</sup> defines it as follows:

“A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education and is recognized in the country where it is located; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and has the title ‘midwife’; and who demonstrates competency in the practice of midwifery.”

Mexico has only two officially recognized midwifery schools in the country: the Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, a nonprofit organization (CASA)<sup>27</sup> in Guanajuato and the Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero, a state school.<sup>28</sup> Another way to study birth care is by obtaining a nursing and obstetrics degree,<sup>29</sup> which gives the person the status of a nurse rather than a professional midwife.

Official Mexican Standard 007 (NOM007-SSA2-2016)<sup>30</sup> on the care of women during pregnancy, childbirth and postpartum, and of newborns recognizes two types of midwives: 1) the Technical Midwife, defined as a person who has graduated from a midwifery training school, whose degree is recognized by the relevant authorities and corresponds to a technical level; and 2) the Traditional Midwife, understood as

---

<sup>26</sup> The ICM is an international organization. More information can be found at <https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>

<sup>27</sup> CENTRO PARA LOS ADOLESCENTES DE SAN MIGUEL DE ALLENDE ASOCIACIÓN CIVIL A.C (CASA)(ACCESSED ON FEBRUARY 28, 2019 AT 8:23PM) [HTTPS://CASA.ORG.MX/](https://casa.org.mx/)

<sup>28</sup> [HTTP://GUERRERO.GOB.MX/ARTICULOS/MARCO-JURIDICO-DE-LA-ESCUELA-DE-PARTERAS-PROFESIONALES-DEL-ESTADO-DE-GUERRERO-OPD/](http://guerrero.gob.mx/articulos/marco-juridico-de-la-escuela-de-parteras-profesionales-del-estado-de-guerrero-opd/) Accessed on March 16, 2018, 11:23 a.m.

<sup>29</sup> GRACIELA FREYERMUTH, HILDA ARGÜELLO, VIEJOS Y NUEVOS RUMBOS DE LA PARTERÍA PROFESIONAL IN GEORGINA SÁNCHEZ (COMP). IMAGEN INSTANTÁNEA DE LA PARTERÍA 21-48 (EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA, 2015.)

<sup>30</sup> OFFICIAL MEXICAN STANDARD 007 (NOM007-SSA2-2016) ON THE CARE OF WOMEN DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM, AND OF NEWBORNS (NOM007-SSA2-2016, DISPOSICIÓN GENERAL 5.5.11), DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN [FEDERAL OFFICIAL GAZETTE – DOF 07/04/2016] (MEX.).

a person who belongs to indigenous and rural communities, has been trained in and practices the traditional model of care for pregnancy, childbirth, postpartum, and the newborn; and is considered a non-professional, but is authorized to provide this type of care.<sup>31</sup>

NOM007 does not explicitly define whether a technical midwife is synonymous with a professional midwife, or if a degree in nursing and obstetrics is equivalent to a degree in midwifery. This is important if one bears in mind that there are international proposals from the United Nations Population Fund (UNPF), the World Health Organization (WHO) and the ICM<sup>32</sup> that encourage and promote professional midwives as a first line of care, especially in developing countries.

International organizations like the UNPF, WHO and Pan-American Health Organization (PHO) have done studies that prove the importance of midwifery services, the demand for which continues to increase because the care provided is different than that at a hospital in that it is less invasive, centered on the mother's needs and less expensive. Consequently, member countries have been asked to consider professional midwives as the first level of care. These international organizations propose establishing or bolstering midwifery schools, advancing and validating this field of work, as well as granting it official recognition in order to achieve these goals.<sup>7,33</sup>

The objective is to improve the quality of care in this area and to see midwives as an important asset to health care resources in places like Mexico. Most importantly, obstetric violence (understood as any lack of respect during labor, childbirth and postpartum, which can be serious and range from verbal and psychological abuse, ignoring women in labor, performing medical procedures without informed consent, the use of coercion, lack of confidentiality and lack of privacy to physical abuse or

---

<sup>31</sup> MEXICAN OFFICIAL STANDARD 007 (NOM007-SSA2-2016) ABOUT WOMEN AND NEWBORN CARE DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POST PARTUM, DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN [DOF 07/04/2016] (MEX.).

<sup>32</sup> UNPF, WHO, ICM. EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO 2014. HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD, UN DERECHO DE LA MUJER. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2014).

<sup>33</sup> CPMSVCH, OMS, OPS, UNFPA, EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO: OPORTUNIDADES Y RETOS PARA MÉXICO (2014).

refusing to give medical care) should also be taken into account.<sup>34,35</sup> Obstetric violence includes one particular phenomenon that can be observed worldwide: an increase in the number of C-sections. Between January 2009 and September 2014, for every 100 registered births in Mexico, 46 were C-sections and 54 were natural births.<sup>36</sup> The number of C-sections has increased by 1% each year since 1999.<sup>37</sup> Between 2000 and 2012, there was a 50.3% increase in C-sections with the biggest increase occurring in the private sector, followed by social care,<sup>38</sup> which is particularly relevant here because of such high numbers.<sup>39,40,41</sup> The care given by professional midwives could reduce the number of such events and decrease maternal mortality<sup>42</sup>. Between 1990 and 2013, the number of maternal deaths in Mexico dropped by 53%,<sup>43</sup> going from 88.7 deaths per 100,000 live births to 38.2 per 100,000 in 2013.<sup>44</sup> In 2015, Mexico registered 38 deaths per every 100,000 live births.<sup>45</sup> This decrease is recorded in a document on the status of midwives in the world and universal access to health care, which according to the UN Population Fund is a basic right for women .

<sup>34</sup> ROSARIO VALDEZ, ET AL., EL ABUSO HACIA LAS MUJERES EN SALAS DE MATERNIDAD: NUEVA EVIDENCIA SOBRE UN VIEJO PROBLEMA. RESUMEN EJECUTIVO. 1-26 (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2013).

<sup>35</sup> See JOAQUINA ERVITI ET AL., SOCIOLOGÍA DE LA PRÁCTICA MÉDICA AUTORITARIA. VIOLENCIA OBSTÉTRICA, ANTICONCEPCIÓN INDUCIDA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS (UNAM, CRIM 2015)

<sup>36</sup> INEGI, ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, NOTA TÉCNICA (2015). (OCT 21, 2016, 2:08PM) [HTTP://WWW.INEGI.ORG.MX/SALADEPRENSA/BOLETINES/2015/ESPECIALES/ESPECIALES2015\\_07\\_1.PDF](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf)

<sup>37</sup> ESTEBAN PUENTES-ROSAS, ET.AL., LAS CESÁREAS EN MÉXICO: TENDENCIAS, NIVELES Y FACTORES ASOCIADOS 16-22:46. (SALUD PÚBLICA DE MÉXICO) (2004).

<sup>38</sup> LETICIA SUÁREZ-LÓPEZ, ET AL., CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS CON EL AUMENTO DE CESÁREAS EN MÉXICO. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. VOL. 55 SUPLEMENTO 2, (2013).

<sup>39</sup> INEGI, ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, NOTA TÉCNICA (2015). (OCT 21, 2016, 2:08PM)

[HTTP://WWW.INEGI.ORG.MX/SALADEPRENSA/BOLETINES/2015/ESPECIALES/ESPECIALES2015\\_07\\_1.PDF](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf)

<sup>40</sup> ESTEBAN PUENTES-ROSAS, ET.AL., LAS CESÁREAS EN MÉXICO: TENDENCIAS, NIVELES Y FACTORES ASOCIADOS 16-22:46. (SALUD PÚBLICA DE MÉXICO) (2004).

<sup>41</sup> LETICIA SUÁREZ-LÓPEZ, ET AL., CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS CON EL AUMENTO DE CESÁREAS EN MÉXICO. SALUD PUBLICA DE MÉXICO. VOL. 55 SUPLEMENTO 2, (2013).

<sup>42</sup> Maternal mortality is defined as a mother's death during pregnancy, childbirth and up to 42 days after childbirth.

<sup>43</sup> GRACIELA FREYERMUTH, DETERMINANTES SOCIALES EN LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO. REVISTA CONAMED, VOL.21 (1): 25-32 (2016).

<sup>44</sup> UN MÉXICO. 2016. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (SEPTEMBER 15, 2016, 2:44PM) [HTTP://WWW.ONU.ORG.MX/AGENDA-2030/OBJETIVOS-DE-DESARROLLO-DEL-MILENIO/](http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/)

<sup>45</sup> WORLD BANK. 2015. TASA DE MORTALIDAD MATERNA. (OCT 21, 2016 2:48PM) [HTTP://DATOS.BANCOMUNDIAL.ORG/INDICADOR/SH.STA.MMRT?NAME\\_DESC=TRUE](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?NAME_DESC=TRUE)

In Mexico, Leslie Cragin, et. al., (2011) made a comparison of the academic training of general practitioners, obstetric nurses and professional midwives based on the essential competencies established by the ICM. Results showed that professional midwives received the best education, followed by nurses and finally, general practitioners.<sup>46</sup>

In another study by Walker, et. al., the research team implemented a pilot care model in three rural medical units belonging to the health departments of the states of Guerrero and Oaxaca, and compared the quality of care among general practitioners, obstetric nurses, and professional midwives. The results mention that professional midwives were the best trained to attend to low risk births<sup>47</sup>, followed by obstetric nurses and lastly general practitioners. In addition, professional midwives provided better prenatal care, postnatal care and breastfeeding support to the mothers who went to health centers. Therefore, the authors support the benefits of birth care by professional midwives.<sup>48</sup>

The National Institute of Public Health has recently carried out studies on the “holistic model of midwifery care” (*modelo integral de partería*),<sup>49</sup> the findings of which coincide with international approaches<sup>50,51</sup> and that of Walker et. al., indicating that

---

<sup>46</sup> LESLIE CRAGIN, LISA DEMARIA, LOURDES CAMPERO, DILYS WALKER. EDUCATING SKILLED BIRTH ATTENDANTS IN MEXICO: DO THE CURRICULA MEET INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES STANDARDS? REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS. VOL 15:30, P. 50–60 (2007), (OCT, 19, 2016. 10:42AM) [HTTP://AC.ELS-CDN.COM/S0968808007303327/1-s2.0-S0968808007303327-MAIN.PDF?\\_TID=D687BD6C-9626-11E6-A23A-](http://ac.els-cdn.com/S0968808007303327/1-s2.0-S0968808007303327-MAIN.PDF?_TID=D687BD6C-9626-11E6-A23A-)

<sup>47</sup> A low risk birth is one that is expected to take place without any complications. To reach this determination/conclusion, several factors are considered: the woman’s monthly checkups; clinical tests like biometrics, urine samples and blood tests that detect sexually transmitted diseases; and ultrasounds. When these and physical examination results are within the normal range, these births are deemed low risk in view of the fact that the WHO estimates that of 100 births under these conditions, only 10 to 15% experience complications.

<sup>48</sup> DILYS WALKER, LETICIA SUÁREZ, DOLORES GONZÁLEZ, LISA DEMARIA, MINERVA ROMERO. PARTERAS PROFESIONALES TÉCNICAS Y ENFERMERAS OBSTETRAS: ¿UNA OPCIÓN PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO? MEXICO. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES. P.80 (2011).

<sup>49</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MODELO INTEGRAL DE PARTERÍA (FEB, 28, 2019, 10:54AM) [HTTP://WWW.MODELOINTEGRALDEPARTERIA.COM/](http://www.modelointegraldeparteria.com/)

<sup>50</sup> PATRICIA JANSSEN ET AL., OUTCOMES OF PLANNED HOME BIRTH WITH REGISTERED MIDWIFE VERSUS PLANNED HOSPITAL BIRTH WITH MIDWIFERY OR PHYSICIAN, 181(6-7) CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL 377-383 (2014).

<sup>51</sup> ELIZABETH SCHROEDER ET AL., COST EFFECTIVENESS OF ALTERNATIVE PLANNED PLACES OF BIRTH IN WOMAN AT LOW RISK OF COMPLICATIONS: EVIDENCE FROM THE



midwife services are safe for healthy women with low risk births, and ideal for primary care.<sup>52</sup>

Nonetheless, the Official Mexican Standard 007 legalizes and encourages the transferal of a pregnant woman to the hospital by a midwife, effectively placing birth care under the responsibility and control of the hospital. Due to pressure from the passage of the standard 007, women who live in urban areas are stigmatized by medical personnel if they choose to use a midwife to attend their birth. The use of a midwife by women in rural indigenous communities is looked upon more leniently because they live further from the hospital<sup>6</sup>.

We believe it is important to explore the standards and regulations in Mexico pertaining to the training and practice of professional midwives and thereby demonstrate their legal situation in relation to their work. At the same time, we explore the implications of the human rights framework used as a basis for the regulation of professional midwives. To this end, various regulatory frameworks in the area of sexual and reproductive health were used to make a comparative analysis.

## THEORETICAL BASIS FOR THE RESEARCH

The discussion about respecting sexual and reproductive rights as a part of human rights is nothing new. With the Declaration of Alma Ata in the 1970s, the WHO/International Conference on Primary Health Care clearly established access to health care is a human right. This declaration is important in view of the vast differences in the health disparities between developed and developing countries (see, for example, the work of Yamin Alicia<sup>53</sup>). Despite clear evidence of this, there

---

BIRTHPLACE IN ENGLAND NATIONAL PROSPECTIVE COHORT STUDY, 344 BRITISH MEDICAL JOURNAL E2292 (2012).

<sup>52</sup> DOROTHY SHAW ET AL., DRIVERS OF MATERNITY CARE IN HIGH INCOME COUNTRIES: CAN HEALTH SYSTEMS SUPPORT WOMEN-CENTERED CARE VOL. 388 (10057) THE LANCET, 2282-2295 (2016).

<sup>53</sup> <https://www.linkedin.com/in/alicia-ely-yamin-32359114/es>

are still those who claim that socio-economic and structural inequalities are not a cause of the rampant mortality in the world's most vulnerable populations.

In regards to sexual and reproductive rights, declarations from the Cairo (1994) and Beijing (1995) world conferences on women clearly point at why these rights are inherent to humankind in general, but particularly important for women and children in view of the dominant patriarchal system that regulates the culture surrounding women's bodies, sexuality, reproduction, autonomy and health.

Since the Cairo and Beijing conferences, Mexico has established precedents on women's sexual and reproductive rights. Article 4 of the Constitution clearly establishes that men and women are equal before the law and that everyone has the right to make free, responsible and informed decisions regarding the number and frequency of their children, as well as a right to health.<sup>54</sup>

In the same way, Article 3, paragraph IV of the General Health Law defines maternal-child care as a matter of general health. Article 61 of the same law recognizes this type of care as a priority and includes caring for mothers during pregnancy, childbirth and postpartum, as well as caring for the newborn and monitoring their growth and development at later stages.

There are also very specific regulations published in the Official Federal Record (DOF in Spanish), such as the above-mentioned Official Mexican Standard 007-SSA2-2016 (published on February 17, 2017), which centers on the care of women during pregnancy, childbirth and postpartum, as well as care for the newborn; and recognizes the contributions of technical and traditional midwives. As stated above, these regulations must be followed by national health system institutions – whether public, private or social. Non-compliance will be punished or fined according to the jurisdiction. This standard also refers to other regulations, such as NOM-005-SSA2-1993 which pertains to family planning services.

---

<sup>54</sup> JUSTIA MÉXICO (MAR 5 2019 10:44AM) [HTTPS://MEXICO.JUSTIA.COM/FEDERALES/CONSTITUCION-POLITICA-DE-LOS-ESTADOS-UNIDOS-MEXICANOS/TITULO-PRIMERO/CAPITULO-I/#ARTICULO-4](https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primer/capitulo-i/#articulo-4)

In this paper, NOM007 will be frequently mentioned because sexual and reproductive rights are an important part of human rights. Article 1 of the Constitution establishes that:

“In the United Mexican States, all individuals are entitled to the human rights granted by this Constitution and the international treaties signed by the Mexican State, as well as to the guarantees for the protection of these rights. Such human rights shall not be restricted or suspended, except for the cases and under the conditions established by this Constitution.

The provisions relating to human rights shall be interpreted according to this Constitution and the international treaties on the subject, working in favor of the broader protection of people at all times.

All authorities, in their areas of competence, are obliged to promote, respect, protect and guarantee Human Rights, in accordance with the principles of universality, interdependence, indivisibility and progressiveness. As a consequence, the country must prevent, investigate, penalize and rectify violations of Human Rights, according to the law.

[...]

Any form of discrimination, based on ethnic or national origin, gender, age, disabilities, social status, medical conditions, religion, opinions, sexual orientation, marital status, or any other form, which violates human dignity or seeks to annul or diminish the rights and freedoms of the people, is prohibited.”<sup>55</sup> (Constitutional reform of June 10, 2011)

It is therefore clear that in Mexico, issues regarding pregnancy, childbirth and postpartum are covered by the human rights stipulated in Article 1 of the Constitution and in the regulations and laws cited above.

---

<sup>55</sup> JUSTIA MÉXICO (MAR 5 2019 10:46) [HTTPS://MEXICO.JUSTIA.COM/FEDERALES/CONSTITUCION-POLITICA-DE-LOS-ESTADOS-UNIDOS-MEXICANOS/TITULO-PRIMERO/CAPITULO-I/#ARTICULO-1](https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primer/capitulo-i/#articulo-1)

However, in the case of professional midwives, how are they connected to guaranteeing the human rights of women of reproductive age in Mexico? According to our analysis, the link between professional midwives and human rights is that midwives are another option for women, not just for supervising pregnancy, but also for assisting in childbirth, postpartum and other areas related to women's sexual and reproductive health (such as pap smears and contraception, among others), which are a fundamental part of a women's human rights.

Articles 1 and 4 of the Constitution make room for different care alternatives, allowing women to exercise the right to information, which should be clear, opportune and based on scientific evidence in order to decide where, how, when and with whom to give birth.

In addition, these articles effectively establish a commitment that the services women receive must respect both physical and emotional needs, and not put either the mother or the newborn at risk. Professional midwives should perform their clinical practice evidence-based, and when necessary, the prompt and prudent use of appropriate medical technology –everything to safeguard the lives of the mother and the newborn. Through this interpretation of the constitution, a woman's right to comprehensive and safe sexual and reproductive care and her right to receive violence-free treatment is clearly protected, as stipulated by human rights.

The Universal Declaration of Human Rights establishes the free development of personality as a fundamental right, which is directly related to autonomous decision-making as in the case of mothers who decide to have a midwife to attend a birth. It is important to mention that autonomous decision-making implies that actions should not harm third parties, thus the midwife is obligated to act in the best interest of the mother and her newborn.

Related to this, the Mexican Supreme Court has clearly established that:

As a higher fundamental right recognized by the Mexican legal system, human dignity is the basis for, among other highly personal rights, the right of every individual to freely and independently choose his or her life project.

Therefore, according to comparative jurisprudence and case law, such right is the State's recognition of every individual's inherent power to be the individual he or she wants to be, without coercion or unjustified controls, in order to achieve the goals or objectives he or she sets according to his or her values, ideas, expectations, tastes, etc. Thus, the free development of personality means, *inter alia*, the freedom to marry or not to marry; to have children and how many, or decide not to have any; to choose one's personal appearance; one's profession or work, as well as free choice of sexual preference, inasmuch as all these aspects are part of the way in which a person wishes to project him or herself and live his or her life and that, consequently, it falls to him or her alone to decide independently.<sup>56,57</sup>

The work of professional midwives is connected to human rights in two ways: the first concerns the people who use their services, and which, in our opinion, includes women's right to choose the place and type of care they want to receive at the moment of childbirth. The second concerns professional midwives as health care providers. There are a series of fundamental rights that should be taken into account, such as the right to education, labor rights, rights related to professional freedom and, of course, sexual and reproductive rights because this is the sphere in which midwives practice.

This is upheld by Article 5 of the Constitution, which supports the choice of profession, as long as it is lawful. Additionally, this article states that the law of each state shall determine which professions require a degree to be practiced, the requirements for such degree and the corresponding authorities to issue said degree.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> SEE *INTER ALIA*, COURT OPINION NUMBER 165822 P. LXVI/2009 PLENO. NOVENA ÉPOCA. SEMANARIO JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SU GACETA. VOLUME XXX. DECEMBER 2009

<sup>57</sup> SEE ALSO THE 22<sup>ND</sup> AND 29<sup>TH</sup> ARTICLES FROM THE UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS. ADOPTED AND PROCLAIMED BY THE GENERAL ASSEMBLY DECEMBER 10, 1948

<sup>58</sup> POLITICAL CONSTITUTION OF THE UNITED MEXICAN STATES, ARTICLE 5 [CONST.], AS AMENDED JAN 29, 2016, DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN [D.O.F.], FEBRUARY 5, 1917 (MEX.)

NOM007 defines pregnancy as a physiological event, and thus should be treated with dignity. It also mentions that “low-risk term deliveries can be attended by obstetric nurses, technical midwives and trained traditional midwives.”<sup>60</sup> At the same time, this regulation mentions the need to promote vertical births, limit episiotomies,<sup>59</sup> encourage immediate breastfeeding, late clamping of the umbilical cord, which, as will be seen below, are actions carried out by professional midwives.

In addition to the legislative documents mentioned above, there is also the 2009 General Agreement on Inter-Agency Collaboration for Obstetric Emergency Care. This convention establishes that a mother in an obstetric emergency can be attended at any national or state health institution (whether part of the Mexican Social Security Institute, the Institute for Security and Social Services for State Workers or the Ministry of Health) without necessarily being a member of that particular system. The criterion for the choice of hospital is distance, meaning that the patient experiencing an obstetric emergency can go to the nearest hospital for help, and thus prevent any possible complications or maternal mortality.<sup>60</sup>

Within the international framework, we can also find documents that support the regulation of professional midwives, like the 1979 and 1994 Conventions on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women, which obligates signatory countries to enact laws and provisions that promote and protect gender equality.<sup>61</sup> Even so, two common forms of discrimination against midwives can be observed. The first that affects midwives is that their fundamental right to exercise their chosen profession is not respected in places where midwifery is not recognized as a profession. The second type of discrimination happens when women go to midwives and later are denied of various fundamental rights by medical personnel, as

---

<sup>59</sup> This is the cut made to the perineum, between the anus and the vagina, in order to enlarge the birth canal at the moment of birth.

<sup>60</sup> SSA GENERAL AGREEMENT ON INTER-AGENCY COLLABORATION FOR OBSTETRIC EMERGENCIES CARE (SEPTEMBER 4, 2018, 10:02AM) [HTTP://WWW.CCINSHAE.SALUD.GOB.MX/DESCARGAS/ATENCION\\_DE\\_LA\\_EMERGENCIA\\_OBSTETRICA.PDF](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/Descargas/atencion_de_la_emergencia_obstetrica.pdf)

<sup>61</sup> PAHO, GENDER EQUALITY POLICY 2009 (OCTOBER, 10, 2017, 10:46AM) [HTTP://WWW.PAHO.ORG/HQ/INDEX.PHP?OPTION=COM\\_DOCMAN&TASK=CAT\\_VIEW&GID=6813&ITEMID=270&LANG=ES](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=6813&itemid=270&lang=es)

mentioned above, including free development of their personality because these women are labelled as irresponsible or ignorant for using midwifery services.

Another important document is the WHO Recommendation for Childbirth: the 1985 Fortaleza Declaration. This text clearly establishes that women have the right to prenatal care and to play a central role in all its aspects. General and specific recommendations are also given for taking caring of women during childbirth.<sup>62</sup>

The 1994 International Conference on Population and Development in Cairo addressed the importance of satisfying men's and women's needs through access to education and health services, as well as increased employment opportunities. It also widely touched upon the topic of sexual and reproductive rights, which broadened traditional ideas centered solely on family planning.<sup>63</sup>

Likewise, the 1995 Fourth World Conference on Women Beijing Declaration promotes women's rights and gender equality—including the right to enjoy a life free of violence, the right to education, equal pay for equal work and the explicit recognition of all women to control all aspects of their health,<sup>64</sup> which in no way excludes pregnancy and birth.

Lastly, the 2000 World Millennium Development Goals includes ideas for promoting gender equality and women's autonomy, reducing infant mortality and improving women's health.<sup>65</sup>

It is important to mention that there are other documents that are not legally binding but establish precedents on how professional midwives operate, such as the discussions at the 2000 International Conference on the Humanization of Childbirth,

---

<sup>62</sup> WHO, WHO RECOMMENDATIONS FOR CHILDBIRTH FORTALEZA DECLARATION 1985 (OCTOBER 10, 2017, 10:46)

[HTTP://WWW.UNIZAR.ES/MED\\_NATURISTA/TRATAMIENTOS/RECOMENDACIONES%20DE%20LA%20OMS%20SOBRE%20EL%20NACIMIENTO.PDF](http://www.unizar.es/med_naturista/tratamientos/recomendaciones%20de%20la%20oms%20sobre%20el%20nacimiento.pdf)

<sup>63</sup> UNPF. PROGRAMME OF ACTION - ADOPTED AT THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT CAIRO (2004) (FEB, 28, 2019, 8:05PM)  
[HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/EVENT-PDF/POA\\_EN.PDF](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/poa_en.pdf)

<sup>64</sup> FOURTH WORLD CONFERENCE ON WOMEN, BEIJING 1995 (OCTOBER 11, 2017 9:50AM)  
[HTTP://WWW.UNWOMEN.ORG/ES/HOW-WE-WORK/INTERGOVERNMENTAL-SUPPORT/WORLD-CONFERENCES-ON-WOMEN](http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women)

<sup>65</sup> UN MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS, 2000 (OCTOBER 11, 2017, 11:00AM)  
[HTTP://WWW.ONU.ORG/MX/AGENDA-2030/OBJETIVOS-DE-DESARROLLO-DEL-MILENIO/](http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/)

in Ceara, Brazil, which established the principles of respectful attention centered on the mother and her family at the moment of birth, as well as holistic treatments which take into account the context of women's social, emotional and health. However, the conference did not culminate in any formal agreements.<sup>66</sup>

Another organization should be mentioned because of its importance in the region is the Regional Conference on Women in Latin America and the Caribbean which has had meetings in:

Argentina 1994: Urging signatory countries to establish actions to protect and promote women's reproductive rights.<sup>67</sup>

Lima 2000: Emphasizing the protection of women's human rights, including sexual and reproductive rights.<sup>40</sup>

Quito 2007: Recognizing that health is a key issue for women's rights and discussing integrated health services.<sup>40</sup>

Brasilia 2010: Recommending that countries reform their abortion legislation in order to provide safe treatments for women.<sup>40</sup>

Santo Domingo 2013: Proposing safe abortion services for women who do not want to become mothers at the time and ensuring that health services are not violent against women.<sup>40</sup>

In addition, international organizations like UNFPA, WHO, PAHO and the ICM have studied the situation of midwives around the world. Their findings were compiled in the 2014 report, which made projections about midwifery to 2030. Their proposals are focused on improving midwives' working, training and legal conditions through activities such as promoting, extending and regulating midwifery studies; normalizing, ordering and regulating childbirth care given by professional midwives;

---

<sup>66</sup> DECLARATION ON HUMANIZING CHILDBIRTH (OCTOBER 11, 2017 10:24AM)  
[HTTP://WWW.TOBINATAL.COM.AR/HUMANIZACION/CEARA.HTML](http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/ceara.html)

<sup>67</sup> CEPAL, REGIONAL CONFERENCE ABOUT LATIN AMERICA AND CARRIBEAN WOMEN (OCTOBER 9, 2017, 10:58AM)  
[HTTPS://OIG.CEPAL.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/FOLLETO\\_CONFERENCIAS\\_REGIONALES\\_C1500106.PDF](https://oig.cepal.org/sites/default/files/folleto_conferencias_regionales_c1500106.pdf)



and promoting and strengthening contact between midwives. Mexico is considered a signatory country.<sup>7</sup>

To explore this in more in, the next section discusses professional midwives in Mexico—their current situation and the problems they face.

### THE CURRENT SITUATION OF PROFESSIONAL MIDWIVES IN MEXICO

As mentioned in the introduction, professional midwives study the subjects of pregnancy, childbirth and postpartum, breastfeeding and women’s sexual health. In Mexico, the way to access such training with official recognition is through the non-profit Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende A.C (CASA) in Guanajuato or the Escuela de Parteras Profesionales in Tlapa de Comonfort in the state of Guerrero. However, there are people with degrees in nursing and obstetrics who work as midwives, medical doctors who take up midwife care, and women who have trained abroad and work as midwives in Mexico. In addition, there are midwifery schools although the training given is not officially recognized (see Table 1).

TABLE 1

SCHOOL <sup>1</sup>	LOCATION	FOUNDING DATE	LEGAL STATUS	OFFICIAL RECOGNITION STATUS
Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende Asociación Civil (A.C.) “CASA”	San Miguel de Allende, Guanajuato	1997	Non-profit organization	Officially recognized by the Guanajuato State Health Department. Agreement 176-97 of July 4, 1997. C.C.T. 11PETO143N

Luna Llena A.C.	Oaxaca	2009	Non-profit organization	None
Mujeres Aliadas A.C.	Erongarícuaro, Michoacán	2010	Non-profit organization	None
Escuela de parteras de Tlapa de Comonfort <sup>5</sup>	Tlapa de Comonfort, Guerrero	2012	Created by the Guerrero state government	Decree 1258 by which the Escuela de Parteras profesionalizadas del Estado de Guerrero, is established as a Public Decentralized Body
Escuela de la Cruz Roja Bachelor's Degree in professional midwifery and reproductive health <sup>6</sup>	Cuernavaca, Morelos	2015	No information available	No

<sup>1/</sup> <https://asociacionmexicanadeparteria.org/educacion/>

<sup>2/</sup> <http://casa.org.mx/escuela-parteras/>

<sup>3/</sup> <https://www.facebook.com/Centro-de-Iniciaci%C3%B3n-a-la-Parter%C3%ADa-en-la-Tradici%C3%B3n-de-Nueve-Lunas-Oaxaca-1582405792020383/>

<sup>4/</sup> [http://www.mujeresaliadas.mx/pr\\_educativo.html](http://www.mujeresaliadas.mx/pr_educativo.html)

<sup>5/</sup> <http://guerrero.gob.mx/articulos/marco-juridico-de-la-escuela-de-parteras-profesionales-del-estado-de-guerrero-opd/>

<sup>6/</sup> <http://www.ssm.gob.mx/portal/page/seic/archivos/Parteria.pdf>

The schools in Oaxaca and Michoacán are civil associations that do not give official professional certification.

In the case of the undergraduate degree offered in Morelos, we have not been able to obtain information so as to determine whether the first generation with graduate with professional certification.

These schools (officially recognized or not) were founded mostly during the last decade in an effort to create more training centers as part of Mexico's response to international guidelines, such as UNFPA, WHO and ICM proposals. These schools also give more options to women who want other forms of childbirth care, distancing themselves from the hospital model where the possibility of receiving bad treatment during childbirth or of having a C-section without medical justification is higher, as documented by authors like Ana Prado<sup>68</sup> or Georgina Sánchez.<sup>69</sup>

It is also interesting to note that midwives can work in three different environments: birth centers, home visits<sup>70</sup> or in a hospital.

A birth center (BC) is a place that attends low risk births. Various approaches are available, such as providing women information about pregnancy, childbirth and postpartum; promoting vertical births and other free positions to give birth; limiting episiotomies; promoting immediate breastfeeding; and late tying of the umbilical cord, all of which are provided for in NOM007. Birth centers also make it possible for the father or other family members to be present at the childbirth. They are a private non-hospital service located in urban areas, whose facilities often look like a house. In case of emergencies, an action plan is established with the pregnant woman so she can have access to a medical facility as quickly as possible.<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> ANA PRADO, MUJER Y SALUD. MIRADAS EN TORNO AL NACIMIENTO, AÑO III (6) CLIVAJES. REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES 79-91 (2016).

<sup>69</sup> GEORGINA SÁNCHEZ, ESPACIOS PARA PARIR DIFERENTE, UN ACERCAMIENTO A CASAS DE PARTO EN MEXICO (EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR) (2016).

<sup>70</sup> HANNA LAAKO, MUJERES SITUADAS. LAS PARTERAS AUTÓNOMAS EN MÉXICO (EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR) (2017).

<sup>71</sup> CRISTINA ALONSO, ALISON BANET, JANELL TRYON, *LUNA MAYA: UNA CASA DE PARTOS FEMIFOCAL*, IN: IMAGEN INSTANTÁNEA DE LA PARTERÍA 265-294 (GEORGINA SÁNCHEZ., 2015) EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA, MÉXICO.

It is important to mention that although midwives are best known for birth care, their work is not limited to that. There is documented evidence of their caring for a wide range of ailments such as the threat of miscarriage, vaginal infections, women's normal physiological functions (such as postpartum, breastfeeding and menopause), contraception and pap smears.<sup>72</sup> Hence, they are health professionals that focus on sexual, reproductive and post-reproductive health throughout women's lives.

We will proceed to analyze the principle problems that professional midwives face in their work.

### MAIN DIFFICULTIES IN PRACTICING MIDWIFERY IN MEXICO

To show the main problems in midwifery work, we will discuss the difficulties midwives face in Mexico, which are: a) the lack of recognition of midwifery as a profession, b) the difficulty of finding work in a government health facility, c) the near impossibility of practicing at a birth center, d) limits on giving out and signing birth certificates, and e) conflicts when contacting medical or hospital services to handle emergency situations.

In regard to midwifery being recognized as a profession, Marisol Escudero explains that each state sends out its list of professions. As a result, some states recognize midwives, accept midwife training and issue professional certification, but others do not.<sup>73</sup> This means that Mexico does not have uniform national criteria. For example, states that do not include midwifery on their list of professions are: Aguascalientes, Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, Tamaulipas and Guanajuato.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> GEORGINA SÁNCHEZ ET AL., LAS CONDICIONES DE LAS PARTERAS TRADICIONALES EN CHIAPAS, IN: IMAGEN INSTANTÁNEA DE LA PARTERÍA 133-150 (GEORGINA SÁNCHEZ., 2015) EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA, MÉXICO.

<sup>73</sup> MARISOL ESCUDERO, SPEECH AT CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MÉXICO Y CENTROAMÉRICA, MIDWIFERY AND HUMAN RIGHTS SYMPOSIUM, MEXICO LEGAL FRAMEWORK (OCTOBER 22 2015)

<sup>74</sup> GEORGINA SÁNCHEZ, ESPACIOS PARA PARIR DIFERENTE, UN ACERCAMIENTO A CASAS DE PARTO EN MEXICO 209-223 (EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR) (2016).

The question that arises here is why is it so difficult to validate professional midwives and open new midwifery training schools in a country like Mexico where 3,530,000 births are reported every year<sup>75</sup> and where quality of birth care is seriously questioned as seen in an increased number of unnecessary C-sections and obstetric violence?

One school calls attention to the problem and suggests a solution. In the state of Guanajuato where midwifery is not included on its list of professions, the Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende Asociación Civil A.C (CASA) signed an agreement with the state Department of Education, (Agreement 76-97 July 4, 1997. C.C.T. 11PETO143N), which authorizes the school to issue professional certification for midwife technicians. This could be an option for several institutions where the absence of professional certification is used as an excuse to block new programs from being opened.

Additionally, Escudero mentions the Health Secretary of Mexico (SSA) has only specified 43 positions for professional midwives, demonstrating that the possibility of working in a government health facility is limited due to the lack of positions, though it is no impossible <sup>46</sup>.

Georgina Sanchez's work documents the difficulties midwives face, specifically in terms of the legislative framework that would cover birth centers. Currently, birth centers do not have the legal status to care for healthy women with low-risk births at their facilities because Mexican regulations state that birth care only refers to hospital care. This means that the concept of a birth center does not exist *per se* in legislation.

Because of this, some midwives with professional certification have opened birth centers only to discover that their birth care facility does not officially exist. Therefore, they get work permits to operate as private clinics or hospitals even though they are not the appropriate professionals to work there. In this way, care in birth centers remains on the fringes of the law without a legal framework to regulate such places. In contrast, the concept of birth centers exists in other countries without any major

---

<sup>75</sup> UNPF, WHO, IMC. EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO, 134. HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD, UN DERECHO DE LA MUJER. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2014).

difficulties or differentiation from hospital childbirth care because they work together with the hospital system to ensure the welfare of maternal and newborn health.<sup>76,77</sup>

Another obstacle reported in the last two annual conferences of the Mexican Midwives' Association A.C (November 2016 and 2017) and in the Senate midwifery forum (March 2017) is related to issuing and signing birth registrations, which are needed to get the newborn's birth certificate. Authorities require that the registrations be signed and stamped by a health institution that can issue said registrations to midwives at its discretion depending on the region and its personal relationship with the midwives. This greatly hampers their performance and autonomy in childbirth care and becomes a way of controlling midwives because they are subject to the whims of the civil servants who issue said documents.

Furthermore, according to the 2013 MacArthur Foundation report, professional midwives encounter difficulties in establishing contact with medical and hospital services for emergency care. When there is an obstetric emergency and a woman is referred to a health institution, especially a government one, midwives report that they are often badly treated. This includes being accused of malpractice or of being the ones who caused the problem.<sup>78</sup> What Escudero calls disconnected services and the necessity to establish good relationships between health institutions and professional midwives all the time, particularly in emergency situations, is clearly observed.<sup>79</sup>

Based on the problems stated, we can affirm that a regulatory framework is needed. This has led some groups of professional midwives to discuss this lack of legislation and their proposals include requests for official certification of their profession.

---

<sup>76</sup> DENIS WALSH, IMPROVING MATERNITY SERVICES: SMALL IS BEAUTIFUL: LESSON FROM A BIRTH CENTRE (2006).

<sup>77</sup> E GROH, BIRTH CENTER MIDWIFERY DOWN UNDER IN BIRTH CENTERS: A SOCIAL MODEL FROM MATERNITY CARE. BOOKS FOR MIDWIVES (MAVIS KIRKHAM ED., 2003).

<sup>78</sup> MACARTHUR FOUNDATION, DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PARTERÍA PROFESIONAL Y LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN MÉXICO: INFORME FINAL. (2013)

<sup>79</sup> SEE IRAZU GOMEZ, ECHAR VALOR. PARTERAS TRADICIONALES EN EL CONTEXT BIOMÉDICO DEL SECTOR SALUD. MASTER'S DEGREE THESIS IN ANTHROPOLOGY. UNAM-CIMSUR. SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS, MEXICO (2017).

A group of AMP midwives has focused their efforts on certification — meaning a process to evaluate their abilities in childbirth care based on the competencies proposed by the International Midwives Confederation. They have also considered ISO certification,<sup>80</sup> which would help guarantee midwives' services. In this way, the user would interpret the certification as a validation for safe, quality services not only for the mother, but also for the newborn. (Field Notes October, November and December 2017).

While ISO is an organization that certifies quality processes and is often used in industry, it does not certify people or professions. Therefore, it would not be the proper way to certify midwifery as it does not guarantee official recognition by the State or the Ministry of Health. Even so, the Mexican Midwives' Association is already using this certification as a work standard and promoting it on its website.<sup>81</sup>

This situation reveals the problems that professional midwives face, not only in terms of their training, but also in the practice of their profession.

## DISCUSSION: CRITICISM AND PROPOSALS FOR NATIONAL LEGAL REGULATION

In this paper we have established that Mexican laws and regulations provide a certain degree of support for professional midwives' training and work. However, we also find several limitations, as seen in the previous section. Some such obstacles stem from omissions in the regulatory framework because it does not explicitly recognize midwifery as a profession, nor does it specify the roles of professional midwives. In addition, there is no mention of possible places to give birth other than in a hospital setting.

---

<sup>80</sup> ISO is a non-governmental organization established in 1947. Its mission is to promote the development of standards and their related activities in order to facilitate the exchange of goods and services, and to promote cooperation at intellectual, scientific, technological and economical levels. (CONSULTED AT [HTTPS://WWW.GESTIOPOLIS.COM/QUE-ES-ISO/](https://www.gestiopolis.com/que-es-iso/) APRIL 17, 2018)

<sup>81</sup> ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA A.C. CERTIFICACIÓN (MAR 16, 2018 2:15PM) [HTTPS://ASOCIACIONMEXICANADEPARTERIA.ORG/CERTIFICACION/](https://asociacionmexicanadeparteria.org/certificacion/)

The lack of consistent recognition of midwifery as a profession affects midwives in their daily work. In order to promote midwifery as a viable training option, a curriculum that establishes the appropriate knowledge and abilities is required. Professional certification is also necessary, as well as officially recognized and regulated work spaces. This requires approval at both state and federal levels, with validation from their respective institutions—including the Ministries of Education and of Health. Without these requisite elements, inconsistencies will persist among the legal framework, regulations, state guidelines and federal legislation. This directly affects the options that Mexican women of reproductive age have to choose the place and type of care they wish for giving birth, as well as other reproductive health services. More importantly, these shortcomings act against their human rights, mainly those related to sexual and reproductive health.

With respect to birth centers, it will be necessary to revise or broaden the scope of the regulatory framework that restricts low-risk birth care in places other than a hospital environment, emulating other countries where birth centers legally exist. These birth centers give maternal care in coordination with hospitals, with midwives and doctors working together based on the principle that each has a specific job and that such alliances enhance the care women receive. In Mexico, this could and should be done.

At the national level, the General Agreement for Inter-institutional Collaboration in the case of Obstetric Emergencies was passed to benefit pregnant women's health through a ruling that gives them access to medical services regardless of their insurance type and protects the midwives who bring them.<sup>33</sup> This agreement was created to protect the health of women and children as well as the rights of professional midwives. This means that legally midwives should not face resistance in accessing hospital services for their patients in case of an emergency. Unfortunately, in reality midwives find it very difficult to arrange medical services with hospitals as previously discussed.

Another important issue in need of attention at the legislative level is the unpublished guideline establishing birth care work standards for midwives —*The Technical*



*Regulation of the Competencies Required for the Holistic Care of Women and Babies Before, During and After the Birth, of 2007.* This regulation was written to establish criteria for the evaluation and certification of the work of both technical and traditional midwives; however the project was never published in the Official Federal Record (DOF in Spanish).

With respect to the Mexican Midwives' Associations proposal asking for a process that evaluates their childbirth care abilities based on work competencies recommended by the International Midwives Confederation and possible certification through ISO, there are certain limits. ISO would not be the most appropriate route for certification because it accredits quality processes and not people or professions. While good for quality in industry, it would not guarantee official recognition by the State or the Ministry of Health. It could, however, be used to justify the existence of birth centers. Here we see the importance of a nationwide certification of work competencies for the holistic care of women and children before, during and after the childbirth. With that, the Mexican State, or SSA, can guarantee midwifery services that have been certified as safe for mothers as well as newborns.

With the actions mentioned, the regulation of places for professional midwife training and birth care provided by professional midwives is possible. What is needed is to create processes that will regulate, organize, standardize and legalize what midwives do to thus guarantee their rights. To take it one step further, the State can even establish directories listing midwifery services throughout the country. As mentioned, this is contained in the proposals by international organizations like the UNFPA, WHO and ICM. Moreover, these issues pertain to human rights, especially sexual and reproductive rights, to be enjoyed in the broadest possible interpretation of right to health, therefore honoring Alma Ata's proposal.

## CONCLUSIONS

- At an international level, the UNFPA, WHO, and the ICM have stressed the importance of professional midwifery as a first option for low-risk childbirth

care, as stated in the midwifery proposal for 2030. These organizations urge member countries (Mexico, among them) to improve the training and education as well as workplaces of midwives to increase and improve professional midwifery. This is widely supported by contemporary scientific research in various countries.

- Currently, there are international documents (conventions, conferences and international recommendations) that serve as a reference point for re-writing of regulations, rules, and public policy on properly regulated birth care by professional midwives in Mexico. As a result, mothers who use midwifery services would be ensured that the midwives who offer these services have adequate professional training to confront the challenges of women's health in Mexico, practicing their occupation without the risk of having it happen in a legal vacuum.
- We need to consider the fact that in Mexico, 70% of the states already recognize midwives as professionals. In the state of Guanajuato, where midwifery is not recognized as a profession, an agreement was reached in 1997 to create the first school of professional midwifery in Mexico, which provides technical training. Subsequently, in Tlapa de Comonfort, where midwifery is registered as a profession, a specific judicial framework was created and used to establish a second school in 2012. Following the established models in Guanajuato and Tlapa de Comonfort, a curriculum for technical midwives and a degree in professional midwifery could be standardized in each Mexican state. This could be stipulated at the federal level so that regulation would cease to be a problem and more midwifery schools could be opened at both technical and professional levels. For example, in Morelos, a state where the midwifery profession is registered, there are schools which are teaching a similar curriculum, yet neither the professional nor technical degree exists. If more states were able to offer an official degree, the number of professional midwives across the country would increase, giving women of reproductive age in Mexico more options to

exercise their human right to care during their pregnancies, childbirth and postpartum.

- It has been shown that there are regulations that govern technical midwifery, but it is still necessary to regulate facilities that are not part of a hospital, such as birth centers, at both rural and urban level, (but not under the model of Casas Maternas<sup>82</sup>). This would open care options for pregnant women and in turn uphold that which is stipulated in Articles 1, 4 and 5, as previously mentioned, of the Mexican constitution.
- Likewise, the development and publication of work competency standards on birth care provided by midwives is a yet unresolved legislative matter. Such standards would provide Mexican women with another option that guarantees respect for their sexual and reproductive rights.
- We have stressed the importance of the judicial framework that already exists and urge that these regulations and standards be implemented in daily life to benefit pregnant women, newborns and professional midwives to allow human rights, in their broadest sense, to be respected since these are rights that everyone in Mexico should enjoy.

Special thanks to Viridiana Sánchez Cruz for reviewing this document.

---

<sup>82</sup>ROGELIA CRUZ, ET.AL., *LA CASA MATERNA DE COMITÁN, CHIAPAS: LOS ANTECEDENTES Y APORTES EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y RIESGO OBSTÉTRICO*, IN: *IMAGEN INSTANTÁNEA DE LA PARTERÍA* 239-255 (GEORGINA SÁNCHEZ., 2015) EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR, ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA, MÉXICO.

## **ANEXO 4: SEGUNDO ARTÍCULO, SOMETIDO A LA REVISTA SOCIOLOGICA MÉXICO UAM**

### **Organización entre parteras profesionales y sus implicaciones en la política de las mujeres, desde el enfoque de Género y Salud.**

172

**M.C. Liliana López Arellano**, estudiante de doctorado en El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Médica Cirujana egresada de la Universidad La Salle, con Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural por ECOSUR. Temas de interés: salud sexual y reproductiva, educación para la salud, promoción de la salud y parteras profesionales. Contacto: llopeza@ecosur.edu.mx

**Dra. Georgina Sánchez Ramírez**, M. en C. en Población por FLACSO, México y PhD. En Sexualidad por la Universidad de Salamanca, España. Feminista especialista en Género, Salud y Sexualidad, es profesora investigadora del Departamento de Salud del Colegio de la Frontera Sur desde 1997, pertenece al Sistema Nacional de Investigación del CONACYT.

**Dra. Erín Estrada Lugo**, Licenciada en Biología, su tesis de maestría “El Códice Florentino: Su información Etnobotánica” obtuvo Mención Honorífica en el Certamen “Efraím Hernández Xolocotzi”, y ganó el concurso del Programa Conmemorativo del XXX Aniversario de la Fundación del Colegio de Postgraduados; con doctorado en Antropología social. Tiene como áreas de interés las Organización social y apropiación del territorio en el uso de los recursos naturales en las sociedades campesinas indígenas; Familia, Grupo Doméstico y Parentesco; Normas Locales y Derecho Consuetudinario Maya; Redes Sociales, Ritualidad y Recursos naturales.

**Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher**, Médica Cirujana (UNACH); Maestra en Medicina Social (UAM-X); Especialista en Epidemiología Aplicada (CDC-Atlanta EUA/SSA-México); Doctora en Estudios del Desarrollo Rural (COLPOS). Desde 1992 es investigadora de tiempo completo en El Colegio de la Frontera Sur. Actualmente es Investigadora Titular C. Es miembro del S.N.I. en el Nivel III y Miembro Regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Áreas de Interés: Género, Salud y Desigualdad Social. ECOSUR está ubicado en: Periférico Sur s/n, María Auxiliadora, C.P. 29290, San Cristóbal de Las Casas, Chis. Teléfono: 674 9000

### RESUMEN

La investigación habla sobre la organización entre parteras profesionales desde el enfoque de Género y Salud, empleando los conceptos de organización planteados por Cohen y Arato (2001). Se utilizó una metodología cualitativa con entrevistas semi estructuradas y trabajo etnográfico. Los resultados caracterizan a las participantes como un grupo joven (entre 27 y 50 años de edad) que realiza su trabajo de manera individual o en grupos, a través de asociaciones civiles, con una incidencia local, por el momento no hay una organización gremial. Se propone que, en caso de organizarse de manera gremial, lo hagan desde la Política de las Mujeres, para una organización asertiva, en pro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde el enfoque de Género y Salud.

**PALABRAS CLAVES:** partera, salud, género, política de las mujeres, organización.

## **Organization between professional midwives and their implications in women's policy, from the Gender and Health approach.**

### **SUMMARY**

These research talk about professional midwife' organization; use the concept of organization of Cohen y Arato (2001) whit emphasis in Gender and Health. We use a qualitative methodology whit semi-structured interviews and ethnographic work.

The results show that the participants are a younger group (between 27 and 50 years old) she works individuality or in groups through Civil Association whit a local incidence, in this moment there are not a gremial organization. We suggest, if the professional midwife wants to gremial organizers, do it to women's politics for an assertive organization, for the sexual and reproductive rights of women from the Gender and Health approach.

**KEY WORDS:** midwife, Health, Gender, women's politics, organization.

### **INTRODUCCIÓN**

Este estudio tiene como objetivo investigar, desde el enfoque de Género y Salud, cómo se organizan las parteras profesionalizadas para el reconocimiento y ejercicio de su profesión como acciones que influyen en la política de las mujeres, y repercuten en la atención al parto en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Lo anterior resulta crucial en un contexto en el que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), desde hace varias décadas han

pedido a sus países miembros que incluyan a las parteras profesionales<sup>83</sup> como primera línea de atención, así como la apertura de escuelas para su formación, debido a que diversos estudios muestran sus ventajas en cuanto a la reducción de costos en la atención al parto, además de mejoras en la calidad (UNFPA, OMS, ICM, 2014).

Centrándonos en el contexto internacional, encontramos que la Confederación internacional de matronas (ICM por sus siglas en inglés), la OMS y The White Ribbon Alliance (WRA) realizaron en 2014 un estudio sobre la situación laboral de las parteras en el mundo. Dicha investigación documentó la experiencia de 2,470 parteras pertenecientes a 93 países. En esta, realizaron una encuesta online y un grupo de trabajo de 42 parteras representantes de 14 países; si bien, éste estudio no hace una separación puntal entre el tipo de parteras, sí nos da una visión general sobre sus condiciones laborales actuales.

Los resultados muestran que, pese a las diferencias entre países, hay tres barreras comunes que se entrelazan y que dificultan la labor de las parteras; la barrera social, la económica y la profesional.

La barrera social habla sobre inequidades de género, manifestadas en violencia hacia las parteras, que va desde la inseguridad para desplazarse dentro de las comunidades, el hostigamiento que reciben por el simple hecho de ser mujeres, hasta el abuso sexual (ICM, OMS, WRA, 2016).

---

<sup>83</sup> La Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés), define como partera profesional “aquella persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de "matrona"; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería”.

La barrera económica se refiere a los bajos salarios que reciben, las remuneraciones son fluctuantes y las parteras tienen que buscar otras fuentes de ingresos. En el caso de las parteras que trabajan dentro del sistema de salud, mencionan que el salario es bajo a comparación de los médicos o enfermeras que realizan la misma labor; además, no todas cuentan con prestaciones sociales ni con un sistema de pensión. Aunado a que su profesión queda subordinada a la jerarquía médica, en donde no poseen un sistema independiente para la toma de decisiones sobre la atención al parto o en la creación de políticas públicas relacionadas con su gremio (ICM, OMS, WRA, 2016).

Finalmente, la barrera profesional hace referencia al poco reconocimiento que tienen las parteras sobre su trabajo, lo cual se manifiesta en la pobre asignación de recursos financieros, acceso a materiales, poca formación continua, y en la ausencia de programas que retomen de manera integral los servicios de partería, así como la falta de interés político al respecto.

Si bien cada país tiene sus dificultades particulares, la investigación antes mencionada, nos deja ver problemas comunes a nivel mundial.

Otra experiencia es la que documentan Hastings-Tolsma y colaboradores (2018), sobre el alcance de la práctica certificada de la partería en el estado de Texas, en los Estados Unidos. La investigación muestra que las parteras de Texas, (al igual que la investigación de la ICM, OMS y WRA, antes mencionadas), quedan subordinadas a la jerarquía médica. Los autores consideran que se necesita un grupo colegiado de supervisión desde la partería, distinta de la medicina o enfermería, para que cuenten con autonomía laboral. También hacen énfasis en que el trabajo de la partera puede dar grandes aportes en la atención del nacimiento y que deben ser incluidas en las políticas públicas; los autores consideran que su fuerza laboral es



infrautilizada. Concluyen que las parteras brindan una atención comparable a la de los médicos, pero que carecen de un salario equitativo y reconocimiento, de tal modo que están excluidas de las decisiones sobre políticas de salud (Hastings-Tolsma, et. al., 2018).

Frente a las dificultades descritas, surge para las parteras la necesidad e importancia de organizarse, para demandar su reconocimiento como profesión, autonomía laboral, sueldos justos de acuerdo con su desempeño laboral y a ser incluidas en la elaboración de políticas públicas relacionadas con la atención al nacimiento. Un ejemplo de esto es la investigación realizada por Cadeé y colaboradores (2013), en la que emplean el método “hermana gemela” (en inglés twin2twin), para capacitar a parteras de Sierra Leona y su organización. Dicho método es una metodología feminista de intercambio mutuo que se hizo entre veinte parejas de parteras de diferentes organizaciones –en este caso, Sierra Leona y Países Bajos–, en el cual compartieron personalmente conocimientos y habilidades; las parteras se empoderaron mutuamente para construir y fortalecer sus organizaciones de partería, tanto en Sierra Leona como en los Países Bajos.

El empoderamiento incluyó procesos y estructuras que mejoran las habilidades de las integrantes y les proporcionó apoyo mutuo, necesario para efectuar un cambio a nivel comunitario; los autores concluyen que el método hermana gemela se puede replicar en otros procesos organizativos de mujeres, con buenos resultados (Cadeé, et. al., 2013).

En el caso que nos compete, la revisión histórica de la partería en México revela que la figura de la partera con estudios ha variado en el tiempo, de ser una opción educativa en el el tiempo de la Colonia y hasta las décadas veinte-treinta del siglo pasado, hasta desaparecer, para dar paso en su lugar a los estudios de medicina y su especialidad en ginecología y obstetricia o

la licenciatura en enfermería y obstetricia (Carillo, 1999; Pérez y Castañeda, 2012), para, posteriormente, reaparecer en la década de los noventa del siglo XX.

Es así como los estudios de partería han oscilado entre existir como opción educativa, desaparecer y volver a existir; esto obedece a un contexto histórico complejo. El resurgimiento de la figura de la partera con estudios en 1994 se reforzó con la creación de escuelas de partería como CASA, o la escuela de Tlapa de Comonfort en Guerrero, inaugurada en 2012, o mediante otras opciones educativas a nivel privado como la escuela de Mujeres Aliadas en Michoacán o la licenciatura en partería y salud sexual de la Cruz Roja en el estado de Morelos, las cuales por el momento no cuentan con validez oficial (López, Sánchez, Mendoza, en prensa; Vargas y Rosenthal, 2018).

Otro factor que complejiza la situación actual de las parteras con estudios son los marcos normativos en nuestro país, pues si bien contemplan la figura de la partera técnica como prestadora de servicios, éstas no cuenta con una regulación específica, por ejemplo en lo relacionado con los lugares en los que pueden laborar, como las Casas de Parto<sup>84</sup> o los requisitos que se necesitan para avalar los estudios de partería (Sánchez, 2018; Vargas y Rosenthal, 2018 y López, Sánchez, Mendoza, en prensa<sup>85</sup>).

También es importante mencionar, que al igual que en el contexto internacional, a las parteras profesionales se les considera, en un estatus subordinado frente al personal médico y de enfermería con estudios formales y reconocimiento oficial, por lo que su acceso y acción en

---

<sup>84</sup> Una Casa de Partos es un espacio no hospitalario en que se atienden partos de bajo riesgo y cuentan con lo necesario para hacerlo.

<sup>85</sup> Artículo titulado “Professional midwives and their regulatory framework in México” que será publicado en 2019 en la revista Mexican Law Review de la UNAM.

espacios hospitalarios es todavía difícil, dejando como espacio social y profesional permitido del ejercicio de su quehacer, el domicilio de las mujeres embarazadas.

La necesidad de ser reconocidas como parteras profesionales por las instituciones educativas y de salud las ha empujado a organizarse para demandar dicho reconocimiento; no obstante, la diversidad de sus orígenes, edades, experiencia y formación representa un reto considerable para establecer una organización sólida y efectiva que pueda avanzar en la consecución de sus objetivos.

En este trabajo se analiza, a partir de entrevistas con parteras profesionalizadas, los obstáculos que enfrentan para poder construir una organización capaz de hacer efectivas sus demandas. Se toma como referente los conceptos que establecen Jean Cohen y Andrew Arato (2001) sobre organización y sociedad civil, desde el enfoque de Género y Salud.

Los autores Cohen y Arato (2001) mencionan que la capacidad de reunirse de una sociedad implica el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que fomenta un proceso de ciudadanía; es decir, sienta las bases para participar en la normativa que rige la vida cotidiana. Es así como la organización establecida por la sociedad civil puede propiciar la movilización de los recursos, al igual que el reconocimiento de su identidad ya sea grupal o gremial (Cohen y Arato, 2001).

A su vez, el enfoque de Género y Salud ayuda a ver desde otra óptica, no neutra, las relaciones entre mujeres al interior de la organización, en este caso entre parteras profesionales, las cuales presentan dificultades por ser mujeres, que en ocasiones son invisibilizadas, como es la disponibilidad de tiempo, la forma en la cual priorizan sus actividades o la manera de tener influencia política en su comunidad o frente a las instituciones de salud. Dichas dificultades

son resultado de desempeñarse de acuerdo con roles hegemónicos de género, y cuyo impacto en este hacer político es muy diferente entre organizaciones, mixtas, de varones o solo de mujeres. Se trata de lo que autoras como Amelia Valcárcel (2008) y Marcela Lagarde (2005) conceptualizan como Política de las Mujeres. Este enfoque también analiza las relaciones de poder que se establecen entre parteras, en donde factores como la edad, la etnia o la escolaridad, tienen un peso importante; además de las relaciones de poder frente al sector médico.

## **METODOLOGÍA**

El trabajo de campo se realizó a lo largo de cuatro años (de noviembre de 2016 a mayo de 2019). Se empleó una metodología cualitativa, primero, debido a que aún son muy pocas las parteras que están en esta nueva era de la partería en el país, y segundo, debido al interés de conocer el punto de vista de las parteras sobre su organización y las acciones que ellas hacen para tener una influencia, tanto en su comunidad, como al relacionarse con las instituciones de salud.

En una primera etapa, se hizo trabajo etnográfico en el Congreso de la Unión en un evento de la Cámara de Diputados en noviembre de 2016 en la Ciudad de México (CDMX), en el 5° Foro Nacional de la Asociación Mexicana de Parteras (AMP) en diciembre 2017 y en dos foros estatales de la AMP en Chiapas (noviembre 2017 y febrero 2018).

En una segunda etapa, se hicieron entrevistas semi estructuradas entre marzo y mayo de 2019 a siete parteras profesionales, que trabajan en SCLC. Las entrevistas fueron grabadas bajo su autorización, respetando el anonimato y confidencialidad de los datos. Las categorías que se emplearon para el análisis fueron:

1) *Forma de trabajo*, esta categoría enlista las actividades que realizan las parteras profesionales y describe la manera en la que realizan su labor, así como la relación que establecen entre ellas.

2) *Influencia política de su trabajo*, en donde se indaga sobre el alcance que puede tener el trabajo de las parteras profesionales, ya sea con su comunidad o con el sector salud. También se hicieron preguntas para saber si ellas consideran que su labor tiene una postura política y se cuestionó sobre la relación que establecen con las instituciones de salud.

3) *Organización*, esta categoría es entendida como la capacidad de reunirse de un grupo, el cual implica el ejercicio del derecho a la libre asociación, lo que fomenta un proceso de ciudadanía y sienta las bases para participar en la normativa que rige la vida cotidiana, así como, en la movilización de los recursos (Cohen y Arato 2001).

Es importante mencionar que este artículo se desprende de un trabajo más amplio de tesis doctoral.

## **RESULTADOS**

De las siete entrevistadas, todas las participantes son madres, su tiempo de experiencia laboral varía entre los 6 y 15 años (ver Tabla1), todas están involucradas en la capacitación de nuevas parteras y han atendido cada una de ellas por lo menos 100 partos.

Estas parteras profesionales atienden a mujeres de SCLC, a mujeres indígenas que viven en la ciudad, a embarazadas indígenas de comunidades aledañas, a mujeres de otros estados de la república y a embarazadas de otros países que las buscan; es decir, brindan sus servicios a un amplio y diverso sector de la población.

Tabla 1: Algunas características de las parteras entrevistadas

Entrevistada	Rango de edad	Escolarización por la que llegó a la partería	Idiomas que hablan
1	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Castellano
2	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Castellano
3	30 a 40 años	Técnica en urgencias médicas y estudios autodidactas relacionados con la partería	Castellano
4	20 a 30 años	Estudios inconclusos y formación autodidacta relacionados con la partería	Castellano
5	40 a 50 años	Médica partera	Castellano
6	30 a 40 años	Partera técnica egresada de CASA	Tsotsil Castellano
7	30 a 40 años	Estudios de partería en el extranjero, en México recibió capacitación en una casa de partos	Inglés Castellano

Fuente: entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, 2019.

Sobre las actividades laborales que desempeña cada partera, encontramos que:

La entrevistada uno trabaja como partera en una Casa de parto, ahí también colabora en la administración y en otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria.

La entrevistada dos está contratada como coordinadora operativa en una asociación civil, en la que trabaja con parteras tradicionales. En otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria y tiene una asociación civil propia.

La entrevistada tres es partera de una Casa de partos. En su comunidad da atención al parto de manera domiciliaria. También da formación a asistentes en partería y tiene una asociación civil propia.

La entrevistada cuatro es partera de una Casa de partos. En su comunidad da atención al parto de manera domiciliaria y forma parte de una asociación civil propia.

La entrevistada cinco es partera de una Casa de partos. En otro espacio, da atención al parto de manera domiciliaria y tiene una asociación civil propia.

La entrevistada seis está contratada como coordinadora del programa de salud integral en una asociación civil, en la que trabaja con parteras tradicionales. En otro espacio da atención al parto de manera domiciliaria y tiene una asociación civil propia.

La entrevistada siete es directora de una casa de partos.

La mayoría de las entrevistadas desempeña varias actividades laborales, no se limitan a la atención al parto, las que tienen sus asociaciones civiles desarrollan en ellas actividades como: a) El acompañamiento y capacitación a parteras tradicionales mexicanas y guatemaltecas, b) La capacitación de asistentes en partería mediante un diplomado avalado por la Cruz Roja y otros proyectos educativos, c) Proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación.

Las parteras que participaron consideran que “hacen trabajo regional, en lo local” (notas de campo, 2019). Las entrevistadas tienen un trabajo local en la ciudad de SCLC con alcances en las comunidades aledañas de la región V Altos de Chiapas; en el caso de las entrevistadas

2 y 6 el trabajo de su organización civil es en el municipio de la Trinitaria, en la frontera y en Guatemala.

También encontramos que son parte de grupos virtuales puesto que están en redes como el WhatsApp y Facebook. Los grupos son variados, unos son exclusivos de parteras y otros con el personal de salud, mientras que en el de Facebook difunden su trabajo al público en general. El grupo que tienen con el personal de salud lo emplean para referir embarazadas y sobre todo en caso de urgencias para tener acceso a los hospitales; también acuden a reuniones con la Secretaría de Salud (notas de campo, 2019).

Durante la entrevista se les pidió a las parteras que describieran su forma de trabajo y encontramos lo siguiente:

Yo creo esto distingue mucho la forma en cómo trabajamos y que no es así de que alguien manda y todos obedecen, sino que es como una estructura que a lo mejor nunca se planteó de esa forma pero que es muy fluida. O sea, cada una sabe como cuáles son sus habilidades y a partir de ahí como que va trabajando, yo creo que ese es un trabajo muy enriquecedor porque ha sido como reconocer las habilidades de nuestras compañeras y también desde nuestro autoconocimiento qué es lo que podemos hacer. Yo creo que nuestro nivel de organización es muy distinto en el sentido de que no es como una estructura muy rígida, sino como todo lo contrario, yo creo que todos podemos aportar desde donde estamos y nos ayudamos mucho en los ojos de las demás como para ir encontrando el rumbo de cómo se hacen las cosas (entrevistada 4, 2019).

También se les preguntó si consideraban que su trabajo tenía una influencia política, a continuación un comentario al respecto:



Sólo con el hecho de [que] estoy parada acá y trabajo así [como partera] ya es una postura política... creo que debe persistir el derecho a decidir dónde quieres dar a luz, con quién y pues la mejor aliada para eso es una partera, que la mujer decida en su parto y tome el rol activo y sea protagonista la mejor aliada es una partera, entonces creo que por esas dos razones para mí son súper importante seguir formando parteras (entrevistada 4, 2019).

La entrevistada 5 menciona: “En realidad es un trabajo bien profundo con la política que muchas veces ni cuenta nos damos... estos procesos de construcción, de gestionar un diplomado, gestionar un curso, gestionar una escuela, gestionar y vincularse con, ¡eso es hacer política!... vas poniendo y encaminando la partería en un lugar distinto y ¿cómo lo haces?, lo haces desde lo regional, lo haces desde mi aliado del centro de salud, mi aliado de la jurisdicción y todos esos son formas de hacer política (notas de campo, 2019).

Un comentario final, sobre si su trabajo tiene una influencia política:

Yo vivo en una zona de pobreza extrema porque ahí me tocó vivir. Tengo que gestionar una parte muy amplia de salud comunitaria, que ni me corresponde, porque yo debería de ser una vecina más, sabes, y a la mejor la partera del pueblo ¡y ya está! Pero termino haciendo muchos malabares para gestionar, conseguir y proveer un servicio, que pues, la verdad no me corresponde, pero que desgraciadamente pues yo estoy en un lugar que está totalmente abandonado por el gobierno, total y absolutamente en el abandono total (Entrevistada 5, 2019).

Algunos comentarios de las entrevistadas sobre la organización fueron:

Desde el año pasado estamos como pensando ver en qué forma nos tenemos que organizar, también no hemos logrado hacerlo porque pues cada quien está en su trabajo y otros por el económico pues no hemos podido reunirnos porque nuestro plan es hacer nuestro, tener nuestro gremio de parteras técnicas (entrevistada 1, 2019).

La entrevistada 5 dice: “Es que yo creo una excelente pregunta sería organizarse como ¿para qué?, o sea porque pues siempre es como la piedra angular” (notas de campo, 2019).

## DISCUSIÓN

En su trabajo de 2005, Marcela Lagarde habla sobre el concepto *mujer para los otros*, que hace alusión a los roles desempeñados por las mujeres, en especial los relacionados con el cuidado de otras personas, ya sea el cuidado hacia los hijos, la pareja, la vida familiar o la vida comunitaria, en el que las mujeres llegan a priorizar esas actividades sobre sus necesidades propias, incluso por encima de su salud, a la vez que dichos quehaceres implican ocupar su tiempo disponible.

Es así como la construcción de *mujer para los otros* impide, de cierta manera, que las mujeres tengan tiempo libre y ánimos para reflexionar sobre sus deseos y necesidades, además de que limita la posibilidad de asociación, lo que Valcárcel (2008) ha señalado como parte de los retos particulares para este género en caso de querer hacer política.

Lo mencionado concuerda con el trabajo de campo, donde encontramos que todas las parteras profesionales entrevistadas tienen más de dos actividades laborales (atención al parto, el trabajo de su propia asociación civil o la formación de nuevas parteras); a esto se suma la crianza, el cuidado de su familia y el de su comunidad, lo que les deja poco tiempo disponible para agruparse. Lo dicho queda revelado en frases como “lo que acá falta es tiempo, o son cosas que te requieren un montón de tiempo”. Aquí cobra singular importancia la edad de las parteras entrevistadas, la cual oscila entre los veintisiete y los cincuenta años; es decir, están en edad reproductiva y su tiempo queda repartido entre su vida laboral, familiar y de

cuidados a los demás, sin pactar reciprocidad, ya que, dentro de este sistema, las mujeres no se consideran con derecho a pedir ser cuidadas por quienes ellas cuidan.

También encontramos que el trabajo de las parteras profesionales adquiere una dimensión política, tal como lo mencionan las autoras Laako (2015), Valcárcel (2008) y Lagarde (2005), debido a que las parteras entrevistadas tienen claridad de que la atención al parto fuera de las instalaciones hospitalarias es una afrenta al sistema, además identifican que informar a las mujeres sobre sus derechos, en especial sobre los derechos sexuales y reproductivos, tiene una gran influencia en la comunidad femenina ya que da argumentos para cuestionar la forma de atención al parto por el sistema de salud mexicano.

Asimismo, el seguimiento y atención del parto desde la partería puede propiciar un proceso de empoderamiento tal como lo documenta Sánchez (2016) debido a que el trabajo entre la embarazada y la partera fomenta la participación de la mujer durante su atención. La suma de todas las actividades mencionadas da elementos a las usuarias no sólo para tomar decisiones informadas, sino también crea ciudadanía, lo que dista de la atención hospitalaria. La importancia de todos estos elementos radica así en la dimensión política (Valcárcel, 2008) que alcanzan.

Las parteras profesionales de este estudio se reconocen como agentes de salud claves dentro de su comunidad, prueba de ello es que forman parte de redes donde están involucrados tomadores de decisiones de la Secretaría de Salud, todo lo mencionado recuerda el lema de los años setentas y vigente hasta nuestros días: “lo personal es político”.

El lema “lo personal es político” del que habla Kate Millet (1970), hace referencia a actividades cotidianas que parecieran tener una implicación individual –como la crianza o

las labores domésticas— ;sin embargo, al reflexionarlo entre mujeres, encuentran que tienen dificultades comunes, de tal modo que lo que parecía individual se hace un problema común, compartido y colectivo, cuyo origen puede ser cuestionado y transformado; es decir esto que se vuelve social, alcanza una dimensión política.

Traigo a cuenta lo que menciona la entrevistada 5 cuando dice “yo debería de ser una vecina más” con la que ella describe cómo su papel de partera le implica, a nivel comunitario, resolver problemas que le corresponden a la Secretaría de Salud.

Al no contar con los servicios de salud institucionales, la partera entrevistada es la encargada de gestionar diversas actividades relacionadas con la salud de su comunidad. Aquí podemos ver el rol asignado a la partera *de mujer para los otros*, pues es la encargada de la salud no sólo de su núcleo familiar, o de la embarazada que atiende, sino de toda su comunidad y esto recuerda que “lo personal es político” porque ella, efectivamente, no es una vecina más en su comunidad.

Las parteras entrevistadas se identifican como agentes políticos y reconocen la trascendencia de su trabajo a nivel local, ejemplo de eso es el comentario de la entrevistada 5: “En realidad es un trabajo bien profundo con la política que muchas veces ni cuenta nos damos... lo haces desde lo regional, lo haces desde mi aliado del centro de salud, mi aliado de la jurisdicción y todos esos son formas de hacer política.”

A su vez, se oponen también al sistema de salud que invalida su trabajo, al considerar que los partos más seguros sólo pueden ser realizados en ambientes hospitalarios, como lo menciona la entrevistada 2: “Pero a veces la actitud con la que te reciben [en el hospital] deja

mucho que desear, empezando desde el guardia, desde la trabajadora social y terminando con las enfermeras y los médicos adentro, no todos, pero sí algunos...”

Por otro lado, las parteras consideran importante organizarse a nivel gremial, sin embargo, no lo han hecho hasta el momento, en parte por el poco tiempo que tienen disponible y que requieren para organizarse, y en parte, por el antecedente con la Asociación Mexicana de Partería (AMP).

La AMP intentó reunir dentro de su asociación a médicas, parteras técnicas, licenciadas en enfermería, parteras tradicionales y parteras que hicieron estudios en el extranjero; no obstante, intersecciones como la edad, escolaridad, clase, etnia, años de experiencia, idiomas que hablan, si se desempeñaban a nivel urbano o rural, fueron elementos que diversificaron a las parteras y actuaron como punto de quiebre para la construcción de una identidad común. Aunado a los diferentes puntos de vista sobre si deseaban ser reconocidas por el gremio médico, o la pertinencia de trabajar dentro de las instituciones de la secretaría de salud, o sobre la certificación de su práctica; la suma de todo ello dio como resultado que la AMP desapareciera, dejando desconfianza entre sus agremiadas, así como ruptura al interior.

Autores como Arato y Cohen (2001) hablan sobre la organización e identifican como punto de partida y de suma importancia, la construcción de una identidad común, ésta implica el auto reconocimiento de sus participantes para luego así poder buscar el reconocimiento dentro de la sociedad en la que desean tener una influencia.

Las parteras profesionales entrevistadas mencionaron en sus discursos la importancia de organizarse, pero no logran concretarlo y aquí la teoría de género sobre la política de las mujeres, nos da luces para comprenderlo. Además de lo relacionado con la disponibilidad de

tiempo, los estudios de género mencionan que algunas mujeres al estar agrupadas, compiten entre ellas con actitudes que tienden a subestimar y menospreciar a las demás compañeras, lo que dificulta la organización, así como la posibilidad de auto reconocerse y valorarse entre ellas (Valcárcel, 2008).

En respuesta a esto, la propuesta del presente artículo es retomar los planteamientos éticos para relacionarnos entre mujeres, desarrollados por autoras como Lagarde (2005) y Valcárcel (2008) quienes mencionan la importancia de la escucha activa; de esta manera las parteras profesionales podrían establecer un diálogo en el que identifiquen sus necesidades comunes. Es mediante el diálogo, la escucha activa y el respeto, como puede fomentarse su capacidad de análisis, a través de la cual poder llegar a acuerdos.

Por ejemplo, la entrevistada 5 menciona que algunas parteras por el simple hecho de serlo se asociaron a la AMP sin cuestionar nada y dice: “somos parteras ¡pus nos asociamos! pero que luego incluso ya estando adentro, no conocían los objetivos, no conocían los valores, no sabían cuáles eran las metas que se querían alcanzar o incluso discrepaban”. He aquí la importancia de la escucha activa, del diálogo y la relevancia de desarrollar la capacidad de análisis para tomar decisiones.

Otro ejemplo relacionado es el que involucra al movimiento de parteras tradicionales chiapanecas Nichim Ixim, una de las entrevistadas dice “nosotros pus no podemos apoyar completamente esa visión porque no nos representa”. Reiteramos que dichas diferencias pueden ser abordadas dentro del movimiento o del gremio mediante el diálogo, la escucha activa y la capacidad de análisis para tomar decisiones y llegar a pactos que retomen sus puntos comunes. Al respecto Valcárcel (2008) dice que es importante diferenciar las

relaciones de amistad de las laborales, tanto en las asociaciones como en las redes se necesita confianza, no obstante, propone diferenciar la confianza de la amistad. Menciona que en temas laborales no necesariamente la confianza lleva implícita la amistad, porque una red no supone una relación afectiva estrecha, sino operativa, todo ello en busca de negociaciones comunes para llegar a tener un impacto.

También, Amy Edmondson (1999) habla de la importancia de generar confianza dentro de los equipos de trabajo, ya que es la base para establecer diálogos con todos los miembros del equipo y es uno de los elementos principales para poder llegar a acuerdos comunes. Con todo esto, queremos decir que en un grupo no necesariamente todas tienen que estar de acuerdo, más bien, tienen que identificar sus diferencias, así como los temas que las unen, y negociar en la medida de lo posible sus divergencias, para pactar las acciones que sí pueden hacer en común. No se trata de tener una fe ciega, sino como dicen Edmondson (1999), Lagarde (2005) y Valcárcel (2008), se busca tener un pensamiento con capacidad de análisis, crítico pero constructivo al interior y a favor del gremio.

Siguiendo con Edmondson (1999), ella propone aprender de los errores, menciona que un mismo hecho es vivido por los integrantes de un grupo de diferente forma, lo que para unos puede ser negativo para otros puede ser positivo, aquí radica la importancia del diálogo y el análisis, puesto que un hecho concreto, vivido de diferentes formas, puede generar un aprendizaje que nutra al grupo. Ejemplo de esto es el comentario de la entrevistada 4 sobre la AMP “¡Y que vivan los errores!, o sea, hay aportaciones como muy interesantes y muy enriquecedoras, pero, sobre todo, yo creo que la más grande, es el ver el mecanismo en el que no funcionó”.

Formar parte de la AMP dejó una experiencia entre sus asociadas y gracias a esta, las entrevistadas logran idear otras formas posibles de organizarse, como formar el Colegio de parteras técnicas, o tener una agrupación que arroje a otras organizaciones de parteras; otras identifican asociaciones separadas entre parteras técnicas, enfermeras obstetras y parteras tradicionales, como alternativa para organizarse y superar las diferencias entre ellas. Ideas que están dentro de lo posible.

Si bien, en este momento las parteras entrevistadas no forman parte de una agrupación, ellas reconocen la importancia de organizarse como colectivo, también tienen ideas de cómo podrían agruparse para poder tener voz y fuerza frente a la Secretaría de Salud. Quizás esto se pueda concretar con el paso del tiempo y aprender de los errores. Podemos ver que la diversidad entre parteras más que ser un obstáculo debe ser considerada una riqueza que existe entre ellas, la cual puede ser descubierta mediante su capacidad de autoreconocimiento, el que implica a la vez su autoestima, base para poder valorarse a ellas y a sus compañeras (Lagarde, 2001).

A su vez, sus diferencias pueden ser el vehículo que fomente su capacidad de negociación consigo mismas y con las demás, todo este proceso es lo que Lagarde (2001, 2005) llama ser mujeres Ilustradas. Se refiere a que, para llevar a cabo un proceso de transformación interior y en colectivo, es importante conocer la historia de la región, conocer su historia personal, informarse, estudiar, leer, trabajar y sociabilizar las experiencias para crear un bagaje cultural que les dé herramientas para su trabajo individual y grupal, lo cual va más allá de la experiencia empírica.



Sobre la capacitación a otras parteras, la describen como un intercambio de conocimientos, en donde reconocen las habilidades de sus compañeras y el autoconocimiento de lo que ellas pueden hacer, lo que da pauta para identificar sus diferencias, ésto se manifiesta en el comentario de la entrevistada 2 que dice “es más sano para ambas partes, porque ellas [las parteras tradicionales] saben muchísimo, nosotros somos aún somos jóvenes y tenemos mucho todavía por aprender, entonces hacemos intercambio de conocimientos con ellas”. Es importante recalcar su forma de trabajo debido a que este estilo de capacitación dista del que reciben de la SSA; la propuesta de algunas de las parteras entrevistadas es el intercambio de conocimientos más que la capacitación, metodología que fomenta relaciones de auto reconocimiento y horizontalidad, la cual pudiera ser replicada con otros grupos de parteras.

Sobre el liderazgo, encontramos que buscan otras formas de relacionarse que llaman más “fluidas” en donde intentan posicionarse de manera horizontal entre ellas, forma que va acorde con lo que proponen Lagarde (2005) y Valcárcel (2008).

En especial, lo relacionado al liderazgo, Lagarde (2005) tiene una propuesta a la que llama liderazgos entrañables y se refiere a una forma concreta de relacionarse entre mujeres, en donde la piedra angular y el inicio de estas relaciones se sustentan en la autoestima de las mujeres. La autora entiende la autoestima no sólo como la conciencia y el valor que nos damos a una misma, sino también lo concibe como una dimensión colectiva, debido a que valorarnos como mujer es el principio para después reconocer a otra mujer como valiosa, lo que genera empatía. Lagarde (2005) propone liderazgos en donde el auto reconocimiento individual y colectivo sean el comienzo para relacionarse de manera horizontal, para después entablar relaciones donde la escuchar activa sea el medio de comunicación entre las integrantes, y que tiene elementos que son diferentes a los liderazgos masculinos

caracterizados por ser jerárquicos, impositivos y donde el poder le pertenece a una persona o a un solo grupo.

La autora propone liderazgos en los cuales todas las integrantes del grupo tengan un crecimiento personal, que fomente un pensamiento con capacidad de análisis, crítico pero constructivo al interior y a favor del gremio, de tal modo que se cree un colectivo en el que puedan respaldarse entre ellas y así posicionar ideas comunes para lograr una meta; es decir, hacer política de las mujeres.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Para finalizar y con base en toda la información recabada, podemos decir que la organización de las parteras profesionales que participaron en esta investigación es a nivel local, micro regional, y no se encontró una agrupación gremial.

Su trabajo lo hacen de manera individual y en pequeños grupos, a través de asociaciones civiles, como estrategia para solventar las problemáticas a las que se enfrentan como son: las dificultades para referir embarazadas a las instituciones de salud, el poco reconocimiento de su trabajo por parte del gremio médico o la ausencia de trabajo en equipo entre el personal médico, la institución hospitalaria y la partera.

De manera individual realizan alianzas con el personal médico de su localidad y mediante grupos a través de whatsapp, también se articulan a través de redes virtuales (whatsapp y facebook) con otras parteras a nivel nacional.

El reconocimiento de su trabajo está dado a través de las mujeres que buscan su atención y por su propia comunidad.

Llevan a cabo el ejercicio de su profesión mediante la atención al parto de manera domiciliaria, formando a otras parteras con proyectos educativos, así como impulsando proyectos de salud dirigidos a población rural de bajos recursos y en situación de marginación.

Se reconocen como agentes políticos y por el momento, según las entrevistadas, el logro frente a la Secretaría de Salud es que la partería es tomada en cuenta en su agenda de trabajo. Tres de las parteras entrevistadas forman parte del movimiento Nichim Ixim y éste ha logrado llevar propuestas al Senado de la República, así como notificar a la relatora de Derechos Humanos sobre la situación en la que se encuentran las parteras tradicionales de Chiapas. A nivel micro regional el movimiento ha establecido acuerdos con los médicos del hospital al que corresponde su comunidad, así como, con autoridades locales.

El enfoque de Género y Salud puede dar aportes para la organización entre parteras profesionales, entre sus propuestas está: que las parteras estudien el contexto de su región, que conozcan su historia personal, que trabajen la autoestima de cada una de las integrantes y considerarlo como una apuesta colectiva.

Además de fomentar la organización entre mujeres mediante el diálogo y la escucha activa, como principios para construir confianza entre el gremio, lo que da sustento para establecer relaciones de auto reconocimiento entre ellas, también propone desarrollar una capacidad crítica y de análisis que de bases para la negociación de puntos comunes.

Este marco teórico enfatiza la importancia de conocer sus diferencias, para así después tener acuerdos basados en el respeto, que se manifiesten en pactos, de este modo pueden crear

metas que busquen el bien común del colectivo y sacar la mayor riqueza de la diversidad de la que son parte (Edmondson 1999, Lagarde 2001, 2005, Valcárcel, 2008).

Las parteras entrevistadas son un grupo joven, tienen la oportunidad de aprender de los errores y tienen la opción de construir un proceso tanto identitario, como de liderazgo, que las posiciona como una buena opción, posible y deseable para la difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos –en especial, la atención del parto– en nuestro país, haciéndolo desde una política diferente, una política de las mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrillo, Ana María. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Revista Dynamis*. Vol. 19:167-190.

Cadée F1, Perdok H, Sam B, de Geus M, Kweekel L. (2013). 'Twin2twin' an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations. [Consultado el 30 de septiembre de 2019] en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932738>

Cohen, Jean. y Arato, Adrew. (2001). *Capítulo X Los Movimientos Sociales y la Sociedad civil*. En: Cohen y Arato. *Sociedad civil y teoría política*. Fondo de Cultura Económica. México. p: 556-635.

Edmondson, Amy (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 44 (2). p:350-383.

Escudero, Marisol (2015). Ponencia “Partería y Derechos Humanos, marco jurídico en México”, realizada el 22 de octubre del 2015 en el Centro de Estudios Superiores de Centroamérica.

Freyermuth, Graciela. y Argüello, Hilda. (2015). *Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional*. En: Sánchez Georgina (comp). *Imagen instantánea de la partería*. México. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p: 21-48.

Fundación Macarthur. 2013. Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final.

Hastings-Tolsma M, Foster SW, Brucker MC, Nodine P, Burpo R, Camune B, Griggs J, Callahan TJ. (2018). Nature and scope of certified nurse-midwifery practice: A workforce study. [consultado el 30 de septiembre de 2019] en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29679403>

ICM (2017). Definición de partera. [Consultado el 2 de febrero de 2017] en: [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20%20Spanish/PS2008\\_007%20V2014%20SPA%20Mantener%20partos%20normales.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20%20Spanish/PS2008_007%20V2014%20SPA%20Mantener%20partos%20normales.pdf)

ICM, OMS, WRA (2016). Midwives voices, Midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. [Consultado el 3 de marzo de 2017] en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250376/1/9789241510547-eng.pdf>

Laako, Hanna (2015). *La política del nacimiento, la política de la transformación: los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia*. En: Sánchez G. Imagen Instantánea de la Partería. México. El Colegio de la Frontera Sur, Asociación Mexicana de Partería. p: 81-107.

Lagarde, Marcela (2001). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Cuadernos inacabados. 2ª ed. España. Editorial Horas y horas.

Lagarde, Marcela (2005). Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, claves feministas para liderazgos entrañables, claves feministas para la negociación en el amor. Madrid. Editorial Horas y Horas.

López, Liliana. Sánchez, Georgina. Mendoza y Héctor. (En prensa). Professional midwives and their regulatory framework in México. Mexican Law Review, UNAM.

Millet, Kate (1970). Política sexual. Madrid. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, colección Feminismos.

Pérez, Íñiga y Castañeda, María Cristina. (2012). Historia de la enfermería: Antecedentes Históricos de las parteras en México. [Consultado el 3 de mayo de 2016] <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

Sánchez, Georgina (2016). Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México. México. El Colegio de la Frontera Sur y Asociación Mexicana de Partería.

UNFPA, OMS, ICM (2014). El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer. Fondo de Población de las Naciones Unidas

Valcárcel, Amelia (2008). La política de las mujeres. 4ª ed. Madrid. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, colección Feminismos.

Vargas, Blanca. y Rosenthal Ondine. (2018). *Transitar hacia la certificación: caminos, obstáculos y nuevas interrogantes. La experiencia de la Escuela Técnica de Partería Profesional de Mujeres Aliadas A.C.* En: Freyermuth, coordinadora. Los caminos para parir en México en el siglo XXI. México. CIESAS, ACASAC A.C. :.246-254.