

Caamal-Reymundo, J. M., Vargas-Vizuet, A. L., Pérez-Retama, F. D., Hernandez-Ramirez, J., & Sánchez-Guzmán, L. S. (2024). La partería en México: Crónica de una resistencia. En F. Morandín, A. Romero, & L. Villanueva (Eds.), *Perspectivas multidisciplinarias e investigación en el Complejo Regional Puebla Nororiental* (pp. 191-227). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ISBN 978-607-5914-40-4. DOI 10.5281/zenodo.13863113

PERSPECTIVAS MULTIDISCIPLINARIAS E INVESTIGACIÓN EN EL COMPLEJO REGIONAL PUEBLA NORORIENTAL

Coordinadores:

Fabio Morandín-Ahuerma

Abelardo Romero-Fernández

Laura Villanueva-Méndez



Primera edición: 2024

Reg. Púb. Der. de Autor: 03-2024-071511352200-01

ISBN: 978-607-5914-40-4

DR © Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

4 Sur 104, Col. Centro Histórico, Puebla, Pue. CP 72000

Teléfono: 222 229 55 00

www.buap.mx

DR© Dirección General de Publicaciones

2 Norte 1404, Centro Histórico, Puebla, Pue. CP 72000

Tels.: 01 (222) 246 85 59 y 01 (222) 229 55 00, exts. 5768

www.dgp.buap.mx | dgp@correo.buap.mx

publicaciones.buap.mx

Diseño de portada: *Booking Dribbble*.

Impreso y hecho en México.

Printed and made in Mexico.

LA PARTERÍA EN MÉXICO: CRÓNICA DE UNA RESISTENCIA

Juan Martín Caamal Reymundo

Ana Liviere Vargas Vizuet

Fátima Danae Pérez Retama

Jesus Hernandez Ramirez

Libia Shader Sánchez Guzmán

INTRODUCCIÓN

La práctica de la partería en nuestro país es una tradición ancestral, se tiene registro de su existencia a partir de la época prehispánica; en la cultura mexicana, por ejemplo, la partera encargada se metía con la mujer que daría a luz en un baño de Temazcal, una vez teniendo la temperatura adecuada, la partera colocaba sus manos en el abdomen de la paciente para acomodar al bebé, en un proceso denominado “palpación a

humedad”, si el bebé llegaba a morir hacía uso del *itzil* (navaja filosa) para cortar y sacar el cuerpo del infante y así evitar la muerte de la madre (Sevilla, 2021).

La fecundidad es sumamente valorada por estas culturas antiguas, siendo además la partería misma un legado que se sucede de generación en generación entre mujeres propias de una misma familia de parteras (UNAM, 2018); los tres siglos de la colonia no representan un cambio radical en la costumbre de estas mujeres para orientar y ayudar en los embarazos, no obstante, sí se tiene un cambio de prácticas pues se introducen los elementos de carácter religioso, la intervención se le adjudica a un santo (comúnmente la virgen María, pues ella misma tiene el rol divino de ser madre) y el lugar donde se suscita el acto se adecua a una especie de ofrenda, con imágenes, con oraciones y peticiones por el bien de ambas almas que son intervenidas (Pérez, 1991).

A partir del siglo XVIII, la exclusión de las mujeres del oficio de partera fue un proceso gradual y progresivo que tuvo un fuerte impulso precisamente cuando la razón, la ciencia y la aplicación práctica de conocimientos basados en la experimentación y la deducción, transformó tanto la concepción del Estado y del gobierno, como del campo de la medicina. El antecedente más remoto de ello se produce en el año 1750, cuando el Real Protomedicato ordenó que tanto en España como en sus dominios, las parteras fueran examinadas en tanto den aviso urgente a un cirujano en caso de que el parto presente complicaciones, para ser examinadas las parteras debían haber estudiado cuatro años con un maestro aprobado, presentar un certificado de pureza de sangre, tener respaldo testimonial de poseer buena conducta y depositar 63 pesos, no obstante estas

medidas no tendrían gran vigilancia de parte de las autoridades, además de llegados los convulsos años de la revolución de independencia a inicios del siglo XIX y el posterior panorama de división política fueron fundamentales para tener aún menor control de las mujeres que ejercían este oficio y terminaron por hacer que el Protomedicato extinguiera estas medidas en 1831 (Arguello-Avenida y Mateo-González, 2014)

En este trabajo se hará un breve recorrido diacrónico de la evolución y contexto en México de la partería y los desafíos a los que se ha enfrentado su práctica; la mayor riqueza de este trabajo es el énfasis en la divulgación de dicho desarrollo en voz de sus ejecutantes, como puede conocerse en el apartado “De viva voz”.

EL SIGLO XIX

A mediados de este siglo, inician las prácticas de regulación, asistencia y búsqueda de la formalización de la partería, un panorama que llega como un ataque indiscriminado a las mujeres (pues era un acto propio de ellas, donde los hombres no tenían injerencia) y sus prácticas tradicionales, las cuales se verán enfrentadas a la idea de la medicina moderna, el positivismo científico y los proyectos políticos (Agostoni, 2001).

En octubre de 1833 se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, que hizo la recepción de la medicina clínica y experimental europea, a partir de aquí se estableció una cátedra de obstetricia y operaciones, y dos meses más tarde se dispuso que se diera una cátedra para parteras. 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; los médicos del XIX denunciaban las prácticas de las parteras como perniciosas: el uso de plantas oxitócicas, el baño de temazcal, las posturas verticales o inclinadas en el parto o expulsión de las secundinas, y las versiones externas del feto, y justificaban el monopolio que querían tener en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, con el argumento de que su medicina estaba fundamentada científicamente (Carrillo, 1999).

La primera partera titulada en este instituto lo logra en 1841 y para 1888, se habían matriculado cerca de 180 mujeres. Dar entrada a las mujeres como estudiantes para partera y medicina obstetricia significó un reto muy grande en cuanto a la alineación de éstas en los estándares de la nueva medicina, la gran mayoría de aspirantes a estudiar el oficio de partera no sabían leer ni escribir (en general el analfabetismo predominaba en la gran mayoría de la población), cosa que significó un reto para las instituciones que observaban como aun predominaban los métodos de atención de la forma tradicional.

Durante el centralismo en 1842, se decretó que las parteras podrían presentarse a examen en las escuelas de medicina, sin estudios previos. Después de cierto plazo, sin embargo, se les exigiría aprobar por lo menos dos cursos, la edad reglamentaria era de 18 a 30 años y debían saber aritmética; aunque ambos requisitos no fueron rígidamente impuestos (Staples, 2000).

Este mismo año aparece el “Reglamento de Enseñanza y Policía Médicas” (Gonzaga, 1842), el cual decretaba que los títulos expedidos por los establecimientos médicos para las diferentes profesiones sanitarias autorizaban para ejercer en toda la república. En cuanto a las parteras establecía que éstas debían tener título para ejercer y que no podrían titularse sin acreditar que habían asistido a los cursos del ramo con aprovechamiento.

No tardarían las protestas por parte de las mujeres que se negaban a pasar por estos procesos de control, en los cuales su quehacer se veía menospreciado por la jerarquía política; también la prensa se sumó a la crítica (Carrillo, 1999).

El papel de las instituciones de salud durante el periodo de los liberales en el poder fue prioritario, si bien las medidas respecto a los estatutos que debían cumplir las parteras para titularse como tal no son alteradas, se inicia con la creación de infraestructura adecuada a las exigencias que solicitaban los órganos de salubridad en el país, pues no era lógico que se exigiera a las mujeres que intervenían en los embarazos tener todas las aprobaciones académicas que exigía la medicina científica hasta ese momento, si no se contaba con la infraestructura adecuada para ejercer sus conocimientos.

Ejemplo de lo anterior es que el 2 de abril de 1869 se funda el Hospital de Maternidad e Infancia en la Ciudad de México; al respecto de esta institución (la cual terminó de funcionar hasta 1905 cuando se funda el Hospital General) se sabe que nace para atender a las mujeres embarazadas que requerían asistencia médica, pero “por diversas razones, muchas embarazadas prefirieron seguir pariendo en el ámbito privado, algunas veces auxiliadas por parteras y otras por médicos” (Staples, 2000). En una publicación del diario “El Siglo Diez y Nueve” de 1874, se notifica la apertura de una plaza de partera en este hospital en donde se deberán cumplir cinco pasos para poder formar parte del personal:

- I. La Secretaría del ayuntamiento publicará la convocatoria respectiva quince días antes de su verificativo (...)
- II. Para que una partera pueda ser inscrita, se requiere que haya sido

examinada y aprobada por unanimidad en la Escuela de Medicina de México, que haya tenido los dos años de práctica que se exige en dicha escuela y que compruebe (...) su moralidad y buenas costumbres. III. Para el acto de la oposición tendrán lugar dos pruebas: una teórica y otra práctica. La primera consistirá en un examen que durará cuarenta minutos (...) La prueba práctica consistirá en el examen (...) de la palpación, la auscultación, y el tacto interno, y diagnostiquen el embarazo (...) Concluido el acto el jurado decidirá votando la calificación de cada examinada, siendo nombrada partera mayor la que haya tenido la mejor calificación (...) IV. El jurado lo compondrán los dos directores del establecimiento (...) V. Decidido ya por el jurado qué partera mereció mejor calificación, lo comunicará al ayuntamiento, a fin de que este le expida el respectivo nombramiento (...) podrá ser removida de él cuando por omisión en el cumplimiento de sus deberes, falta de moralidad o en sus actos, merezca la expulsión. (Hemeroteca Nacional Digital de México [HNDM], 1874)

Así, durante la década de 1860 confluyeron varios factores que permitieron que el estado fisiológico del embarazo, parto y puerperio comenzara a medicalizarse: la implantación de la escuela anatómico-clínica que exigía la enseñanza a la cabecera de la enferma; la necesidad de la Escuela de Medicina de establecer una clínica que complementara los conocimientos teóricos de obstetricia (Alanís, 2009); en la siguiente década se ven acentuados los roles que debían cumplir los miembros del hospital (médicos, alumnos, parteras y enfermeras).

El reglamento de 1872 estableció que la partera principal tenía la obligación de estar presente en todos los nacimientos, realizar visitas junto con el director e informarle de manera oportuna sobre cualquier suceso (Alanís, 2009). Para ser estudiante de enfermería/obstetricia, se requería demostrar buen comportamiento, conocimiento de las cuatro operaciones aritméticas básicas y habilidad para hablar francés, aunque este último criterio no era estrictamente obligatorio; los trabajos de atención se realizaban de forma conjunta entre hombres y mujeres, pero la atención del parto solo correspondía a los hombres médicos-cirujanos.

Este ejemplo es crucial para abordar un tema que será un factor determinante en la medicina positivista durante el Porfiriato: la incursión de los hombres en la práctica de la partería y la atención de los partos. En cierto sentido, las primeras reglas establecidas a mediados del siglo XIX son el resultado de la imposición masculina en la medicina. La prioridad era la formación de las mujeres en las ciencias médicas. Aunque algunas mujeres acogieron esta nueva dirección con agrado, la mayoría continuó practicando la tradición milenaria que se les había transmitido; el Estado a su vez no tenía intenciones de permitir partos privados o clandestinos, por lo que inicia una campaña de desprestigio a esta práctica y se justifica con los cirujanos preparados que están formando; la especialidad en cirugía, era propiamente de los hombres, las mujeres podían aspirar a ser enfermeras/obstetricias, pero son relegadas a ser asistentes de un médico en turno, los partos son lejanos para ellas, a menos que no hubiese un médico cerca, lo cual resultaba ser poco común.

Inicia pues un proceso de apropiación masculina de una tradición que nace femenina y es mejorada por los ritos y

prácticas, más adelante se notará este conflicto de carácter masivo en el país, además, se comienza a notar una segregación de las funciones circundantes de la atención del parto como lo es la relación afectiva entre la partera y la parturienta que facilita la confianza en el proceso y la estabilidad emocional en un momento tan complejo como lo es el alumbramiento (Badillo, 2020).

El 7 de diciembre de 1871, en el “Estatuto Oficial de la Federación” en su sección legislación mexicana (páginas 659 y 660) se decretan y dan a conocer las leyes que sancionan los casos de aborto e infanticidio, en el primer caso, la ley se divide en dos puntos, el que es causado por la madre de forma espontánea o intencionada y el que es cometido por un tercero, sujeto delincuente (familiar, conocido o desconocido malintencionado) o si la persona que realiza el aborto es un médico, cirujano, boticario o una comadrona, o partera, esta condición se considerará como un agravante de cuarta clase y se le prohibiría ejercer su profesión durante un año. En el caso de un aborto intencional, si el culpable fuese uno de los profesionales mencionados anteriormente, se le aplicarían las penas correspondientes aumentadas en una cuarta parte y quedaría inhabilitado para ejercer su profesión. Del infanticidio nos refiere que se entiende como tal a “la muerte causada a un infante en el momento de su nacimiento, o dentro de las setenta y dos horas siguientes” y se suscriben los mismos castigos para terceros sujetos como en el caso del aborto.

A esta disposición se suman algunos otros estados de la república como Hidalgo (1874), Morelos (1885) y Campeche (1888, con una renovación a los estatutos legales en 1891 que incluye al aborto), esto a partir de datos recabados de los Diarios

Oficiales de estas entidades y a las cuales se van a sumar otras a lo largo del nuevo siglo. A nivel académico, en 1873 se titula la que es considerada la primera partera acreditada de México, Elena Knapp (CNDHCM, 2021).

Entre los años de 1880 a 1900, que es el periodo mayormente conocido como El Porfiriato, se crea la Cátedra de Ginecología. Aumentan los requisitos para la formación de parteras; el cuerpo médico comienza a desplazar a las parteras profesionales y abundan las críticas a la práctica de la partería (Faget y Capasso, 2015). La enfermería en este tiempo empezó a reconocerse como una actividad específica y no solamente como un deber innato de la mujer. Sin embargo, será hasta 1907 con la creación de la Escuela Nacional de Enfermería, que se puede contar con un grupo de mujeres profesionalmente, dedicadas, no solo a la obstetricia, sino a la asistencia del enfermo, hombre o mujer, en cualquier parte de la vida (Staples, 2000).

Sobre la carrera de partera, se encuentra que, en el Diario Oficial del Estado de Puebla en 1893, respecto a lo que se estudiaba era en el primer año parto fisiológico y en el segundo año distocia y su clínica; y la duración de los estudios eran dos años. Para ser admitida a estos cursos, bastaba aprobar en el Colegio del Estado las materias que formaban la instrucción primaria elemental y superior (HNDM, 1893).

Esta nueva administración, (regida bajo un paradigma positivista-cientificista), iniciará campañas de desprestigio a la medicina tradicional en general (no solo a las parteras tradicionales) considerándola como mera superstición, sucia y menospreciándola en tanto considera a quienes la practican como meros charlatanes; no obstante, la población quien en su mayoría no podía costear los precios de un hospital o quienes por

distancia no contaban con la atención de un profesionalista, optaban por seguir abasteciéndose de estos remedios y recurriendo a dichos personajes.

Uno de los casos particulares respecto a la partería ante estas políticas se produce el 24 de marzo de 1892, se expide el “Reglamento de Parteras” por parte de la Secretaría de Gobernación, el cual establecía que las parteras tituladas tenían la obligación de asistir a los partos normales o eutócicos, pero no podían realizar ninguna acción sin la presencia de un médico; al respecto la investigadora Ana Carrillo (1999) menciona que el Ministerio de Gobernación emitió un reglamento dirigido a las parteras certificadas en donde se refleja el esfuerzo de los médicos universitarios para restringir gradualmente el papel de las parteras en la atención de mujeres embarazadas y en el posparto, y para persuadir a las pacientes y a sus familias de la necesidad de utilizar estos servicios médicos.

Cuando un médico estuviera presente durante un parto, las parteras deberían seguir sus indicaciones. Se prohibía a las parteras realizar procedimientos obstétricos que requirieran el uso de instrumentos, así como la aplicación de anestésicos o la realización de inyecciones intrauterinas, a menos que un médico las hubiera prescrito. Este reglamento desató un debate en el que participaron las secretarías de Gobernación e Instrucción Pública, el Consejo Superior de Salubridad, la Escuela Nacional de Medicina y, en general, los gremios de parteras y médicos.

Ya el 15 de abril de 1898 en la Revista de la Instrucción Pública Mexicana, aparecerá un “Proyecto de plan de estudios para la profesión de partera” (Gutiérrez et al., 1893), el cual se seguirá normando bajo el estatuto de realizarse por dos años, pero con la introducción a los estudios de la obstetricia y los conocimientos

básicos de la enfermería; tal parece que el propósito de incorporar a las parteras en el gremio médico, más allá de conjuntar esfuerzos fue consolidar una relación de subordinación oficializada.

EL SIGLO XX

Las parteras siguen siendo ejemplo de confrontación a inicios del nuevo siglo; por una parte, encontramos a las del modelo tradicional que siguen atendiendo embarazos en zonas rurales y comunidades indígenas y, por el otro lado aquellas que están en las ciudades y que cuentan con certificado o proceso de certificación, pero no se encuentran laborando en un hospital. Con respecto a las prácticas tradicionales se observa que se sigue priorizando la campaña de desprestigio a los remedios naturales y la medicina ancestral.

En 1911, la Escuela Nacional de Medicina decreta que toda mujer que desee ser partera primero habrá de titularse como enfermera. A partir de entonces los médicos vieron a la partera como enfermera especializada. La mayoría de las alumnas que comenzaban los estudios de enfermería aspiraban a ser parteras; pero el número de escuelas de obstetricia se fue reduciendo, mientras el de las escuelas de enfermería se multiplicó (Sancristán, 2022).

En la década de 1910 inician dos procesos de suma importancia para la consolidación de la partería realizada en los hospitales y se adjudica al monopolio de los médicos que siguen relegando a las mujeres en años posteriores. En primer lugar, diversos estados de la república en sus Diarios Oficiales se seguirán adscribiendo al Estatuto Oficial de la Federación de 1871, publicado en la Ciudad de México, que notifica las

sanciones a las que han de ser sometidas las parteras en caso de cometer abortos o infanticidios, lo cual es una muestra de control regulatorio que se trata de imponer entre las parteras certificadas, a las cuales se les retira su título, y aquellas que trabajan ya de forma clandestina durante este siglo.

La adopción de los reglamentos varía considerablemente de un año a otro. A continuación, se presentan algunos ejemplos de dicha variación que se pudieron consultar: Yucatán (1918), Baja California Norte (1931), Nuevo León (1934), Zacatecas (1936), Tlaxcala y Tamaulipas (1950), Guerrero (1953) o Nayarit (1969); donde, en resumen a los casos de aborto e infanticidio, cometidos por parteras (que también aplica para médicos o cirujanos), se castigan con cárcel, con promedios de 1.3 y 5 años de prisión (difiere por entidad) y se les revoca inmediatamente el título obtenido.

El 1° de julio de 1930, la revista "Gaceta Médica de México" publicó los resultados de una investigación llevada a cabo por el Departamento de Protección a la madre y al niño en Rusia, durante los años 1918-1920. Según esta investigación, se llegó a la conclusión de que el 50% de las mujeres que experimentaban un aborto sufrían una infección y el 8% fallecía como consecuencia. Estos hallazgos llevaron a que, en 1920, en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), se estableciera que la interrupción del embarazo solo se podría llevar a cabo en centros especializados de salud por personal capacitado, como enfermeras y parteras. Además, se dejó de criminalizar a las madres que buscaban este procedimiento (HNDM, 1930).

La medida fue tan exitosa que en 1924 se realizó una nueva modificación a la ley, ampliando los centros de salud donde se

podían llevar a cabo los abortos. Ahora, incluso las instituciones privadas podían participar en este proceso. Como resultado, se implementó un mayor control de la asistencia prenatal y se fomentó el uso de métodos anticonceptivos. Para el autor que rescata esta información en la gaceta mexicana dando su opinión, es un acto de Eugenesia, el cual es imperdonable por las implicaciones de negar una vida y ser un acto sin razón de la propia biología femenina (HNDM, 1930).

Al respecto, sobre este estudio, se menciona que un médico cercano al entonces presidente Plutarco Elías Calles viajó a la Unión Soviética para adentrarse de primera mano a sus instituciones de salud, enfocándose en la cuestión eugenetista, que para la década de los treinta tuvo un fuerte impacto en la medicina mexicana (Urías, 2003). En 1931 se funda la Sociedad Eugénica Mexicana para el Mejoramiento de la Raza, cuyo Código declaraba en uno de sus primeros puntos que “el aborto es reprobable por razones de orden moral y biológico” (Gaceta Médica de México, 1930, p. 60). Con esto, se dejaba en claro que el modelo médico-higiénico soviético no sería puesto en marcha en territorio nacional. El principio que inspiró las políticas de salud a finales de la década de los treinta fue que “toda mujer que resida en el territorio tiene obligación de contribuir al fomento de la buena y sana población del país” (Gaceta Médica de México, 1930, p. 61), no obstante, la educación sexual sí fue parte fundamental de la enseñanza en la Secretaría de Educación y se instaura entre los niños de nivel primaria, ya para 1929 se puso en marcha la propuesta.

Algo que no sería aceptado por un sector muy poderoso en el país: la Iglesia Católica; impulsadas por la encíclica del papa Pío XI *Divini illius Magistri*, de 1929, que declaró la oposición

religiosa a la educación sexual. Este discurso se reforzó con la Encíclica *Casti connubii*, publicada en 1930 con motivo del auge de la eugenesia en distintas partes del mundo. Las principales críticas de las encíclicas versaron sobre la incapacidad del Estado para transmitir conocimientos sobre sexualidad a los niños, enfatizaron que la educación sexual era innecesaria y peligrosa, y sobre todo corruptora de la inocencia (Ramírez, 2021).

Sin embargo, a pesar de ver un constante desacuerdo entre las políticas del Estado y la Iglesia, ambos coincidieron en que el aborto, como una de las vertientes de la eugenesia, no podía practicarse en ninguna institución médica de la nación, el sector público viéndolo desde el nacionalismo, que tenía como premisa el traer ciudadanos adeptos al sistema y le sean servidores incondicionales; por su parte, la Iglesia, debido a que el aborto va en contra de las mismas leyes naturales establecidas por Dios; cuestión que sin duda da a entender la necesidad de castigar, tanto a las mujeres que comenten abortos, como al sector médico que ya sea por un mal funcionamiento del sistema o por mala práctica de su conocimiento cometan este “crimen”, medidas que desde inicios del siglo serán objeto de debates y prohibiciones.

A continuación, un caso que ejemplifica el porqué de la adopción de estas medidas: en 1908 el Diario El Popular en un apartado de su primera plana llamado “profesionistas de ocasión”, nos refiere al caso de un infanticidio cometido por una “supuesta” partera (El Popular, 1908):

Con un letrero grabado Dimas Ángeles, Partera, inspiraba la inocente confianza de los necesitados, que, urgidos por lo irremediable del caso, solicitaban sus servicios, sin meterse a investigar hasta qué punto estaba Ángeles para ostentar la

niquelada placa (...) El infante vio la luz con toda felicidad y sus gritos matriculados anunciaron la fortaleza de sus pulmones, con gran alegría de la madre, gozosa de tener un hijo tan lleno de vida. Pero de ahí que la partera se aturruyó [sic] sin motivo y al hacer el ligamento del cordón umbilical al recién nacido, lo hizo tan mal, que este fallecía media hora más tarde. La madre, llena de pesar, sufrió un ataque al saber la noticia y su estado se hizo extremo delicado. (...) La profesionalista [gophir] fue capturada y pasó a la cárcel”. (p. 1)

Probablemente, noticias de esta índole (aunque no eran comunes) fuesen la estrategia adecuada para promover aún más la asistencia a clínicas y hospitales certificados y se dejase de asistir con el sector privado y clandestino que no tenía la preparación “adecuada”.

El segundo punto se haya después de la Revolución a partir del año 1917, pues en todo el país se construyeron hospitales de maternidad, fueron instituciones sanitario-asistenciales donde las enfermeras/parteras se encargaban del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido, y su presencia fue fundamental para que la población aceptara el parto hospitalario. Uno de los órganos máximos en brindar esta atención como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social se funda en 1944, brindando servicio a los trabajadores y sus familias.

En los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los hospitales exigieron a las parteras como requisito para contratarlas que abandonaran el ejercicio libre de su profesión. El gremio médico restringió cada vez más el ámbito de acción de las parteras y las relegó de categoría, a partir de 1960, los centros hospitalarios

empezaron a prohibir que ellas atendieran partos (Carrillo, 1999).

A partir de este periodo los centros médicos de las ciudades se empezaron a adueñar del monopolio hospitalario, las parteras encontrarían valoración y trabajo solo en aquellos lugares donde la medicina institucional aún no llegaba, las áreas rurales, a las cuales son desplazadas, con sus funciones prácticas, sociales y culturales originales, mermadas por la legislación, el sector salud las incorpora porque encuentra útil su liderazgo al interior de las comunidades (Urbina, 2014). La partera profesional fue desplazada de las ciudades por el ginecólogo, el anestesiólogo y el pediatra. Entre 1960 y 1980, los hospitales dejaron de tener puestos para parteras, ya que los médicos se encargaban de todos los partos. Sin embargo, se inició un programa de formación para las parteras tradicionales en temas de planificación familiar y parto seguro, con el objetivo de atender las necesidades de las áreas rurales (Faget y Capasso, 2015). Desde 1978, se puso en marcha una política global, impulsada por organizaciones internacionales como la OMS, OPS y UNICEF, con el objetivo de desarrollar estrategias que permitieran integrar a los médicos y parteras tradicionales en el sistema médico convencional, todo ello en el contexto de la Atención Primaria de Salud (Araya, 2008).

Durante la década de los ochenta, se implementaron políticas enfocadas en brindar una atención integral a las áreas más desfavorecidas del país. Emergió la iniciativa de "Maternidad Segura", que priorizaba la identificación de riesgos durante la atención prenatal y el traslado de casos potencialmente complicados a hospitales. A pesar de que se mantuvo la capacitación de las parteras tradicionales en procedimientos

seguros, sus habilidades clínicas y socioculturales no fueron debidamente reconocidas (Faget y Capasso, 2015). Además, se desarrolla el concepto de la nueva partera profesional, que se originó entre un grupo de mujeres que experimentaban una profunda frustración por no poder proporcionar mejores alternativas para el parto. Un ejemplo notable de esto ocurrió entre 1983 y 1985, cuando la UNICEF y el Gobierno del Estado de Chiapas establecieron un acuerdo para crear el Programa "Modelo Alternativo de Salud", que buscaba integrar la medicina indígena (Araya, 2008; Becerril, 2011).

En 1989 (durante la incorporación de los proyectos neoliberales en el país) se implementan programas de interrelación entre medicinas (tradicional y científica) en los trabajos de parto, tratando de llegar a las zonas rurales aisladas y alejadas coordinados por los programas IMSS-Solidaridad y SEDESOL.

El modelo neoliberal en materia de salud se traduce en la promulgación de la Ley General de Salud (LGS) de 1984, en su artículo 64, que reglamenta lo correspondiente al derecho a la protección de la salud y a los aspectos estructurales y más generales sobre el Sistema Nacional de Salud; el neoliberalismo implica que el Estado se desvincule de la salud como un deber social, permitiendo así que la iniciativa privada tome el control y gestione la atención médica como si fuera un negocio (Atkin, 2019).

Durante la siguiente década, que marca el fin del siglo XX, se incorpora el acceso a la atención obstétrica de emergencia, las cuales han de poder ser manejadas inmediatamente por un individuo que se halle calificado para dar atención de parto, la atención obstétrica de emergencia se vuelve prioridad a fin de

reducir la mortalidad materna. La apertura a la inclusión de las parteras es también necesidad que se pondrá en práctica en sectores sociales como las comunidades indígenas, las cuales son ignoradas durante ambos siglos de institucionalización médica y donde la medicina natural y la atención de parteras son un común, que además se adecua a su idea de cosmovisión.

En 1994, se inauguró en Guanajuato un programa privado de formación en partería llamado CASA, destinado a capacitar a jóvenes mujeres de comunidades rurales e indígenas en la atención de partos con enfoque femenino. En 1997, CASA logró el reconocimiento como la primera escuela técnica de partería acreditada en México (Atkin, 2019).

De cierta manera, es a finales de este siglo que la idea de hacer retornar a las parteras para asistir en las comunidades más alejadas de los dominios de la Secretaría de Salud cobra mucha fuerza, no obstante, no es una medida que las deje operar en cuanto a sus usos y costumbres, al contrario, se busca seguir teniendo un control sobre ellas, obligándolas a certificarse para poder laborar, promocionando la medicina moderna frente a la tradicional y menospreciando la iniciativa del sector privado (que ha sido el más insistente en la formación de parteras).

La conclusión que deja este siglo en palabras de la autora María Araya Morales (2008), en tanto la última etapa de las políticas neoliberales, se entiende que: las parteras tradicionales, a pesar de su experiencia y conocimientos, son relegadas por las instituciones que las ven solo como un recurso para ser reutilizado y como mano de obra sin costo. Algunas de sus prácticas, como el uso de pomadas, el corte del cordón umbilical con carrizo y la sobada, son estigmatizadas como "no confiables", sugiriendo la cesárea como alternativa. Se reconoce a las parteras

como la primera opción de atención en las comunidades y se promueve su papel para canalizar a las mujeres hacia los servicios hospitalarios. Sin embargo, su integración en los procesos de capacitación está condicionada a la entrega de "constancias de nacimiento" y la certificación. Aquellas parteras que participan en las capacitaciones pueden obtener fácilmente la constancia de nacimiento para registrar legalmente a los recién nacidos, lo que crea una presión sobre la partería tradicional al condicionar la entrega de este documento a las parteras "no capacitadas".

EL SIGLO XXI

A principios de la década del 2000, México adoptó la estrategia de que todos los partos fueran atendidos en hospitales, donde se suponía que la atención de emergencia obstétrica estaba disponible. Mientras se producía este cambio, una nueva opción para la partería profesional comenzó a surgir como una alternativa potencial en la atención a la salud materna (Atkin, 2019). A su vez, en el año 2003 se celebró por primera vez el Día Internacional de la Matrona/ Partera, en datos estadísticos de lo que representa esta cifra de importancia en nuestro país, tenemos que de los 2,400,000 partos anuales, solo el 20% fue atendido por parteras (cerca de 480,000) cifras cortas a comparación de los países con partería institucionalizada como Perú y Chile con el 60% y 70% de atención a los partos respectivamente (Faget y Capasso, 2015). En 2006, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 93.2% de los partos fueron atendidos por médicos y solo 5.7%, por enfermeras o por parteras tradicionales (Becerril, 2011). En el inicio de la nueva década de 2020, es solo el 1% (Rivera, 2022).

A partir de este momento, los promotores de la salud materna centraron su atención en eliminar la violencia obstétrica y en la necesidad de un enfoque "humanizado" o de "nacimientos respetuosos" —pues muchas de las mujeres en condiciones marginales aceptan que han vivido actos de discriminación por parte de médicos del sector salud, así como agresión a su sistema de usos y costumbres, pues se les obliga a asistir a una estancia de salud para darse continuo seguimiento del embarazo a cambio de incentivos económicos— con un mayor énfasis en la calidad de la atención desde el embarazo, hasta el puerperio y la atención al recién nacido (Freyermuth et al, 2018).

Desde 2006, se han implementado programas para reintegrar a las parteras en la atención prenatal, aunque estos programas están diseñados principalmente para áreas rurales, lo que limita su alcance. En 2008, se intensificó la búsqueda de formalizar el registro de las parteras ante la Secretaría de Salud, lo que resultó en la publicación de una Guía de Autorización para Parteras. Esta guía se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el cuidado perinatal de 2001 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, y sirvió como un programa de apoyo para incorporar la medicina tradicional indígena en la atención del parto.

Sin embargo, la realidad es diferente a la visión original de una inclusión genuina de las parteras, especialmente las indígenas, que a mediados del siglo XX eran las principales practicantes de esta profesión no institucionalizada. La autorización de las parteras no implicó que pudieran ejercer su trabajo libremente, sino que se les propuso alinearse con el sector oficial de salud. Esto se refleja claramente en los artículos del marco normativo.

ARTICULO 102.- Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años; ARTÍCULO 103.-El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población; ARTÍCULO 110.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá: I.-Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, avisando a la Secretaría; II.-Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo con las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría, y III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría; ARTÍCULO 111.- No podrá, en ningún caso, el personal no profesional autorizado en la prestación de servicios de obstetricia: I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán avisar a la Secretaría; II.- Realizar intervenciones quirúrgicas; III.- Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados; IV.- Provocar abortos, y V.- Las demás

actividades que determine la Secretaría. (Secretaría de Salud, 2008)

Se entiende entonces que no hay una libertad absoluta para el ejercicio de la partería indígena, único lugar en el que se puede considerar la importancia de estas mujeres, el ámbito urbano y parte del rural, denota un dominio hegemónico de la medicina institucionalizada. Algunos de los elementos básicos del trámite y requerimientos para el ejercicio de su oficio se menciona que está dirigido a parteras tradicionales indígenas o campesinas reconocidas por su comunidad. Las parteras que no son profesionales o técnicos en salud, pero que reciben dicha capacitación, pueden prestar sus servicios en el Sistema Nacional de Salud, específicamente en obstetricia y planificación familiar. Los criterios para participar en la capacitación incluyen ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener reconocimiento comunitario por su trabajo en partería, y cumplir con cualquier otro requisito que establezca la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2008).

En el año 2011 se elabora un nuevo reglamento técnico, la atención prenatal de parteras técnicas, cuya prioridad era la reducción de la mortalidad materna. De cierta forma, a las parteras se les instruye bajo modelos metodológicos aceptados por el sector salud oficial, lo que representa un debate en torno a las comunidades indígenas: por un lado están aquellas parteras que para poder seguir operando se adaptan a estos modelos estatales, pero las hay también, aquellas que ven una falta de respeto a sus concepciones tradicionales y una ausencia tácita de interculturalidad en salud, al estar completamente ausente el interés por parte del sector gubernamental de tener un acercamiento horizontal por medio de intercambio de saberes del

quehacer de las parteras, en su propio ámbito y bajo su propia perspectiva. Se da por hecho que las prácticas tradicionales de la partería son descartables y que en toda circunstancia es necesaria una “capacitación”, como si el resultado de la práctica empírica generacional que sustenta el saber tradicional no estuviera relacionada con el conocimiento científico, de hecho el empirismo fue la base del conocimiento científico (Morales, 2002). Bajo esta premisa, el saber tradicional se deshecha en todos sus componentes sin haber tenido la oportunidad de conocerle.

La década del 2010 trajo de nuevo una discusión en torno a la participación de las parteras y sus modos tradicionales de oficio; el informe del Estado de las Parteras en el Mundo de 2014 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Confederación Internacional de Parteras (CIM) estimó que México solo cumplía con el 61% de la demanda de profesionales de la salud materna (Atkin 2019). Lo que representa un mensaje contundente respecto a la inclusión de parteras en el ejercicio de partos de nuestro país, claramente a partir de los modos tradicionales que son legados de generación en generación.

El porcentaje de partos atendidos dentro del sistema institucional de salud siguió aumentando, alcanzando en 2016 un promedio nacional de 98%, lo que intensificó la carga de trabajo para hospitales públicos que de por sí, no cuentan con presupuestos suficientes. Ese mismo año, una encuesta nacional oficial sobre la dinámica de los hogares (ENDIREH) incluyó preguntas sobre el trato durante la atención obstétrica. El estudio reveló que el 33% de las mujeres que dieron a luz en los últimos cinco años experimentaron al menos un tipo de abuso durante el

parto. Este porcentaje fue aún más alto entre las mujeres que tuvieron sus bebés en hospitales públicos (Atkin, 2019).

En julio de 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reconoció la magnitud del problema y emitió una Recomendación General a todo el sector salud en México para erradicar la violencia obstétrica de la atención institucional del parto. Después de varios años de crecimiento, el Seguro Popular recibió menos fondos en 2017 y 2018 como resultado de los recortes generales en el gasto asignado del gobierno federal (Atkin, 2019).

Los autores Faget y Capasso en 2015 señalaban un dato que muestra la invisibilidad de las parteras y el papel secundario que reciben, no solo por parte de las instituciones oficiales de salud, sino de la población en general, ya que, hoy en día, el 96% de los nacimientos en México se llevan a cabo en hospitales de segundo nivel. Esta situación ha llevado a una sobrecarga de los servicios, que a menudo carecen del personal, los recursos materiales y financieros necesarios para proporcionar una atención materna de alta calidad. Por otro lado, México se encuentra en la cuarta posición a nivel mundial y en la segunda en América Latina en términos de tasa de cesáreas, con un aumento de casi el 50% en los últimos 15 años.

En el año 2019 la diputada Clementina Dekker Gómez propuso realizar una renovación al artículo 64 de la Ley General de Salud, el 27 de febrero se publicó en el Diario Oficial de la Federación un acuerdo de las Reglas de Operación del Programa IMSS-Bienestar para el ejercicio fiscal en el cual se define a las Parteras Voluntarias Rurales como personas que reúnen condiciones de liderazgo en su comunidad, conocimientos, experiencia y habilidades para la atención del embarazo, parto y

puerperio y que voluntariamente aceptan formar parte de la Organización Comunitaria del Programa. Reciben orientación regular en salud sexual, reproductiva, ginecológica y materno infantil. Así mismo, se establece que los Voluntarios Rurales de Salud y Parteras Voluntarias Rurales únicamente recibirán por su participación comunitaria un apoyo económico para costear el traslado a sus unidades médicas.

En algunas de sus secciones se garantiza la mejora de las condiciones de la medicina y la atención obstétrica: procedimientos que permitan la participación de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios; y acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio (Ley General de Salud, 2012).

La renovación que se estaba llevando a cabo brindaba cierto incentivo para considerar el respeto hacia la labor de las parteras, al menos en aquellas que forman parte del discurso médico oficial. Sin embargo, esta renovación experimentó un repentino freno debido a la emergencia sanitaria del COVID-19, lo cual puso aún más en evidencia la debilidad de los sistemas hospitalarios oficiales en el país, una situación que se venía advirtiendo desde principios de siglo.

Una propuesta la da la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la Ciudad de México que hace una valorización al trabajo de las parteras tradicionales (CNDHCM, 2021) ya que, frecuentemente, son el único recurso de atención en comunidades rurales, desempeñando un papel crucial en el acompañamiento durante el embarazo y el parto. Proporcionan cuidados en salud reproductiva, ginecología y planificación familiar, educando y apoyando a las mujeres en sus etapas

reproductivas. Su asesoría es vital en términos de justicia reproductiva, ya que, como promotoras de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, su trabajo se extiende para garantizar el acceso seguro a todos los cuerpos gestantes en comunidades rurales, sin discriminación de edad, clase o discapacidad, luchando contra la muerte materna y la violencia obstétrica.

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19, los sistemas de salud se vieron limitados para brindar otros servicios más allá de la atención a quienes contrajeron la enfermedad. Sus conocimientos y el apoyo emocional que brindan durante el embarazo, parto y lactancia, así como en planificación familiar y recuperación postparto, hacen de su trabajo un servicio integral que realza las condiciones de dignidad con las que debe ser atendido un parto.

DE VIVA VOZ

Un acercamiento de primera instancia con mayor actualización del fenómeno es el testimonio recuperado en entrevista a un grupo de parteras realizada el 5 de mayo de 2022 en el marco del “Día Internacional de la Partera” de las localidades de Huixtla; Atlixco; San Juan Tejupa y Atzitzihuacán en el estado de Puebla. Las mujeres que accedieron a compartir su experiencia como parteras fueron: María Teresa Gutiérrez de los Santos, Aurelia Sánchez Durán y Anita Rivera González acompañadas por la médico general, Edith Álvarez Melchor. En este acercamiento, se habló, en primer lugar, de la forma en que incursionaron en esta actividad; todas coinciden en haber iniciado desde muy jóvenes con alguna mujer de la familia ya sea como asistentes y también como aprendices, el momento

en que adquieren la madurez y la pérdida del “miedo a la sangre” es cuando toman la batuta para continuar con la atención a embarazadas.

En seguida y derivado del desarrollo previo del tema se cuestiona cómo el sector salud limita las acciones de ciertos grupos, en este caso la partería. Además, se exploran las condiciones de conflicto entre la medicina tradicional y la moderna a las que estos grupos se enfrentan. A continuación, se presentan algunos testimonios que ilustran de manera efectiva esta problemática.

En dichas entrevistas se indagó sobre aquellas prácticas tradicionales que se impiden a la hora de enfrentar un parto. De manera general, las participantes en la entrevista aseveraron que la mayoría de las prácticas que conforman su oficio les son prohibidas:

A nosotras nos retiran todas esas prácticas que para nosotras son esenciales, son vitales para la salud de la mamá y del recién nacido, y es complicado también en el transcurso del trabajo de parto (...) también nos lo prohíben porque para ellos es perjudicial lo que para nosotros es algo natural, ayudar en el trabajo de parto (Sánchez, 2022).

También mencionaron que simplemente no había disposición del sector salud por tener una aproximación a sus prácticas mediante un diálogo horizontal en el que los saberes fluyan de ida y vuelta. Lo que prevalece es la idea de que las parteras deben ser “capacitadas”.

Al comentarse sobre la gran labor que llevan a cabo al atender los partos en lugares en donde la atención “adecuada” del sector

salud no llega, se les preguntó si recibían algún reconocimiento, a lo que también de manera unánime dijeron que de ningún tipo.

No hay reconocimiento, es algo tan [inaudible 00:52:42] que no haya reconocimiento de ninguna parte, de ninguna, de ninguna situación, que se nos apoye en ese reconocimiento a la labor, porque realmente es una labor que ustedes como médicos saben que tener un parto, no es nada más atender el parto si no tener dos vidas en juego, la de la mamá y la del bebé. (Rivera, 2022)

El que sí nos ha apoyado, a veces es, en la comunidad, el paciente en el momento en que atendemos el parto, pero pues nada más lo básico porque también conocemos la situación y las necesidades de nuestra gente y pues un apoyo que ellos nos dan, así total al cien por ciento, no. (Gutiérrez, 2022)

Finalmente, y de suma importancia se comentó sobre las ventajas de ser incorporadas al sector salud, y comentaron igualmente de manera colectiva que:

Siempre y cuando yo entregue en tiempo y forma todos los documentos que me solicitan para la entrega de un certificado; si yo llevo todos mis documentos en regla como a mí me los piden, no me pone ningún pretexto para entregarme, o sea esa ventaja si la he tenido yo con mi Centro de Salud. (Rivera, 2022)

De manera tal que, sin reconocimiento, sin diálogo horizontal para un intercambio de saberes, sin un trabajo verdaderamente colaborativo entre el profesional de salud y la partera, no se

lograrán sinergias y quedan en duda las competencias de la “interculturalidad en salud” que existen documentadas ampliamente desde Secretaría de Salud (DGPLADES, 2009) pero que no se ven reflejados en la práctica.

El principal aspecto, del cual se derivan los demás, es el respeto por un espacio dedicado a las mujeres, creado por y para ellas. Además, se agrava la situación, ya que en muchos casos quienes se ven privadas de derechos son las mujeres indígenas, pobres y marginadas, que viven en zonas desatendidas y se ven obligadas a renunciar a sus costumbres y tradiciones culturales asociadas a sus prácticas en busca de salud y bienestar. Tal y como se compartió durante la entrevista:

Porque honestamente nosotras estamos sabiendo que ahí es nuestra salida [refiriéndose al sector salud], nuestra ayuda nuestro apoyo y resulta que no, entonces yo digo, si ellos vienen y dicen “—tal persona te puede ayudar”, nosotras estamos confiadas en que así va a ser y se imaginan que a la hora que yo necesito ese apoyo, esa ayuda ya inmediata, nadie me quiera sacar de ese, de ese momento; pero, como dice la compañera, si algo nos sale mal entonces sí aparecen todos y dicen, yo digo, nos buscan hasta debajo de la piedra. Entonces sí, entonces sí saben quién es fulanita, menganita, ahí sí la saben encontrar. (Rivera, 2022)

Es fundamental reconocer que la interculturalidad en salud no se trata simplemente de la incorporación superficial de prácticas tradicionales en la atención médica, sino de establecer un verdadero diálogo y respeto entre los diferentes saberes y enfoques. Esto implica valorar y aprovechar los conocimientos y

experiencias de las parteras, quienes poseen un profundo entendimiento de las necesidades y contextos de las mujeres a las que atienden. Solo a través de una colaboración genuina y un trabajo conjunto se podrán alcanzar avances significativos en la atención de salud de las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y marginación.

CONCLUSIONES

Queda evidente la relación de cambios ante un modelo médico, que parecía inamovible hasta al menos el siglo XVIII, pero la ilustración del conocimiento y los modelos científicistas del método se hicieron cada vez latentes en las sociedades occidentales y posteriormente las regiones que querían asimilarse al modelo de las grandes ideas. La medicina no es la excepción, es uno de los campos que más cambios sufrieron, formaliza la enseñanza y la praxis, crea especialidades y relega a aquella medicina que considera “mágica” o inadecuada, sin conocerla, pues en la revisión que se ha hecho sobre la institucionalización de la partería no se encontró alguna evidencia siquiera de una “buena” voluntad por parte del sector salud, por la aplicación de, por lo menos, una *interculturalidad informada* (Vargas, 2006) respecto de las actividades involucradas en la práctica tradicional de la partería.

La partería en México ha observado como, desde mediados del siglo XIX y hasta la actualidad, se le ha despojado su importancia y su cometido. Un ámbito que parecía ser propiamente femenino fue sustraído violentamente por las ideas y normas masculinas, que bajo un paradigma de renovación y

positivismo lograron crear instituciones vigilantes de la puesta en práctica de sus estatutos.

No obstante, hemos de sorprendernos cómo la resistencia de las matronas, de las encargadas del parto y los cuidados del bebé y la madre, permean en nuestros días. La capacidad hospitalaria del país no ha podido garantizar una cobertura total, un fallo que ha sido una constante del Estado y el sector salud, que deja a la deriva regiones de difícil acceso y marginalidad, que no puede costear una atención básica y le otorga protagonismo a la medicina tradicional, al mismo tiempo que la ignora. Es la partería así, uno de los oficios más antiguos de la humanidad que se niega a extinguirse y que probablemente renazca entre las cenizas de un dominio el cual no ha podido contenerlas por sus virtudes intrínsecas y su práctica benévola.

BIBLIOGRAFÍA

- Agostoni, C. (2001). Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato. En G. Cano y G. J. Valenzuela (Eds). *Cuatro estudios de género en el México Urbano del siglo XIX* (71-95). PUEG UNAM. <https://bsu.buap.mx/d66>
- 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*, 12(2), 63-68. <https://bsu.buap.mx/d65>
- Araya Morales, M. J. (2008). *Los conocimientos de las parteras indígenas frente a las políticas de integración/ apropiaciones neoliberales* [Tesis de maestría]. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Repositorio CIESAS. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1082>
- Argüello-Avendaño, H. E., y Mateo-González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13-29. <https://cutt.ly/0wDIIYzB>
- Atkin, L., Keith-Brown, K., Rees, M. y Sesia, P. (2019) Fortalecimiento de la partería profesional en México: Evaluación de los avances 2015-2018. En *Informe a la Fundación Jhon D. y Catherine T. MacArthur* (11-13). Fundación MacArthur. <https://bsu.buap.mx/d67>

- Badillo-Zúñiga, J., y Alarcón-Hernández, J. (2020). El cuidado de las parteras nahuas prehispánicas de México en las crónicas de fray Bernardino de Sahagún. *Enfermería universitaria*, 17(2), 220-232.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.795>
- Becerril, V. y Molina, J. F. (2011). El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. En *Evidencias y áreas de oportunidad* (5-15). Instituto Nacional de Salud Pública/Instituto Nacional de las Mujeres.
- Carrillo, A. (1999) Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS*, 19,167-190.
<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CNDHCM]. (5 de mayo de 2021). El CNDHCM reconoce el trabajo de las parteras. Boletín 80/2021. <https://cutt.ly/MwDU6ZB8>
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud [DGPLADES]. (2009). *Competencias interculturales para el personal de salud*. Secretaría de Salud.
<https://bsu.buap.mx/d68>
- Faget, M. y Capasso, A. (2015) Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México, Partería en México [Archivo PDF]. <https://cutt.ly/owDItdiq>
- Freyermuth, G., Vega, M., Tinoco, A. y Gil, G. (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. Centro

- de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. <https://bsu.buap.mx/d69>
- Gonzaga, L. (1842). *Reglamento de Enseñanza y Policía Médicas* [Archivo hemerográfico]. <https://archive.org/details/b30377705/mode/2up?view=theater>
- Gutiérrez, M., Zárraga, F. y Noriega, T. (30 de marzo de 1893). *Proyecto de plan de estudios para la profesión de partera* [Archivo hemerográfico]. <https://bsu.buap.mx/d2T>
- Gutiérrez de los Santos, M. T. (5 de mayo del 2022). Entrevista en el marco del día internacional de la partería. Día Internacional de la Partería. Entrevistadora: A. L. Vargas Vizuet. <https://transcripcion-entrevista.blogspot.com/2024/01/5-de-mayo-del-2022.html>
- Hemeroteca Nacional Digital de México. El aborto [01/07/1930]; Gaceta Médica de México. Biblioteca Nacional de México/UNAM. Búsqueda avanzada, pp. 416-417. <https://cutt.ly/UwDIgzo7>
- Hemeroteca Nacional Digital de México. El Popular [10/06/1908]; Profesionistas de ocasión. Biblioteca Nacional de México/UNAM. Año XII, núm. 4149. Búsqueda avanzada. <https://cutt.ly/AwDIhBwo>
- Hemeroteca Nacional Digital de México. El Siglo Diez y Nueve [06/03/1874]; Secretaría del Ayuntamiento constitucional de México. Biblioteca Nacional de México/UNAM. <https://cutt.ly/bwDIjROr>
- Hemeroteca Nacional Digital de México. Diario Oficial del Estado de Puebla. [28/02/1893]. Biblioteca Nacional de

- México/UNAM. Búsqueda avanzada, p. 270.
<https://cutt.ly/NwDlkdil>
- Hemeroteca Nacional Digital de México. Legislación Mexicana [07/12/1871]; Estatuto Oficial de la Federación. Biblioteca Nacional de México/UNAM. Búsqueda avanzada, pp. 659-660. <https://cutt.ly/vwDIlbyK>
- Instituto Nacional de Antropología e Historia [INAH]. (2018) Sobre la partería tradicional (14-39). Secretaría de Cultura.
https://mediateca.inah.gob.mx/islandora_74/islandora/object/libro:941
- Ley General de Salud. Artículo 64 de la Gaceta del Senado.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.
- Morales, V. (2002). Sobre la metodología como ciencia y el método científico: un espacio polémico. *Revista de Pedagogía*, 23(66), pp. 121-146. <https://t.ly/KeHSq>
- Pérez, L. (1991). Apuntes sobre las parteras y el arte de los partos en el virreinato. *Revista de Enfermería*, 4(1), 53-55.
- Ramírez González, K. (2021) Eugenesia y educación sexual en México: 1882-1934. *Voces y silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 12 (1), 5-36.
<https://doi.org/10.18175/VyS12.1.2021.1>
- Rivera González, A. (5 de mayo del 2022). Entrevista en el marco del día internacional de la partería. Día Internacional de la Partería. Entrevistadora: A. L. Vargas Vizuet. <https://bsu.buap.mx/d7a>
- Sánchez Durán, A. (5 de mayo del 2022). Entrevista en el marco del día internacional de la partería. Día Internacional de la

- Partería. Entrevistadora: A. L. Vargas Vizuet.
<https://bsu.buap.mx/d7a>
- Sancristán, C. (2022). *Historia de la enfermería en México. Un enfoque historiográfico. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. No. 64. CDMX.
<https://doi.org/10.22201/iih.24485004e.2022.64.77734>
- Secretaría de Salud. (2008). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*.
<https://cutt.ly/ewDIxhK0>
- Sevilla, A. (2021). La partería tradicional. Saberes y prácticas en riesgo. *Arqueología Mexicana*, 171, 65-65.
<https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/la-parteria-tradicional>
- Staples, A. (2000) Las Parteras en el México Decimonónico. Coloquio de Estudio de Género en Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.
http://bvirtual.ucol.mx/archivos/233_0006072106.pdf
- UNAM Global. (17 de enero de 2018). *¿Sabes cómo era la obstetricia prehispánica?* Salud. UNAM.
<https://unamglobal.unam.mx/sabes-como-era-la-obstetricia-prehispanica/>
- Urbina-Fuentes, M., y Vernon-Carter, R. (2014). La investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México. *Salud Pública de México*, 27(4), 266-285.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/426>

Urías Horcasitas, B. (2003). Eugenesis y aborto en México (1920-1940). *Debate Feminista*, 27, 305-323.

<https://repositorio.unam.mx/contenidos/4000470>

Vargas Guadarrama, L. A. (2006) La aplicación de la antropología de la alimentación en contextos interculturales. En: *Antropología y Nutrición*. México: Fundación Mexicana para la Salud/Universidad Autónoma Metropolitana [UAM] Xochimilco.

<https://bsu.buap.mx/d7b>